

**Alternative Finanzierungsmodelle einer sozialen  
Krankenversicherung in Deutschland – Methodische  
Grundlagen und exemplarische Durchführung einer  
Mikrosimulationsstudie**

von

Markus Michael Grabka, Master of Arts  
aus Berlin

von der Fakultät VIII - Wirtschaft und Management  
der Technischen Universität Berlin  
zur Erlangung des akademischen Grades  
Doktor der Gesundheitswissenschaften  
– Dr. P.H. –  
genehmigte Dissertation

Promotionsausschuss:

Vorsitzender: Prof. Dr. R. Busse  
Gutachter: Prof. Dr. Gert G. Wagner  
Gutachter: Prof. Dr. Christof Helberger

Tag der wissenschaftlichen Aussprache: 21. Dezember 2004

Berlin 2004  
D83

## **Danksagung**

Diese Dissertation erfolgte im Rahmen des von der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG) geförderten Graduiertenkollegs „Bedarfsgerechte und kostengünstige Gesundheitsversorgung“ der drei Berliner Universitäten.

Für die wissenschaftliche Betreuung und das entgegengebrachte Vertrauen möchte ich meinen beiden Gutachtern Herrn Prof. Dr. Gert G. Wagner und Herrn Prof. Dr. Christof Helberger recht herzlich danken.

Besonderer Dank gilt auch Herrn Dr. Joachim Frick für fortwährende Motivation und inhaltliche Ratschläge und Frau Dr. Ellen Kirner für die gesamte sprachliche Gestaltung und wertvollen inhaltlichen Hinweisen.

Letztlich möchte ich ganz besonders meiner Freundin Anke Schliwka für die Unterstützung bei der Entstehung dieser Arbeit danken.

Berlin, Dezember 2004

Markus M. Grabka

## **Eidesstattliche Versicherung**

Hiermit erkläre ich an Eides statt, dass ich die an der Fakultät VIII - Wirtschaft und Management der Technischen Universität zu Berlin eingereichte Dissertation mit dem Titel ‚Alternative Finanzierungsmodelle einer sozialen Krankenversicherung in Deutschland – Methodische Grundlagen und exemplarische Durchführung einer Mikrosimulationsstudie‘ von mir selbst ohne unzulässige Hilfe Dritter verfasst wurde, auch in Teilen keine Kopie anderer Arbeiten darstellt und die benutzten Hilfsmittel sowie die Literatur vollständig angegeben sind.

Berlin, den

# ***Teil A: Ausgangssituation und Rahmenbedingungen für Reformen des Gesundheitswesens in Deutschland*** 1

<b>1</b>	<b><i>Einleitung</i></b>	<b>1</b>
1.1	<b>Fragestellung und Zielsetzung</b>	<b>3</b>
1.2	<b>Gang der Arbeit</b>	<b>4</b>
<b>2</b>	<b><i>Krankenversicherungsschutz in Deutschland und dessen Finanzierungsgrundlagen</i></b>	<b>6</b>
2.1	<b>Gesetzliche Krankenversicherung</b>	<b>6</b>
2.1.1	Grundprinzipien	6
2.1.2	Finanzierung	8
2.1.3	Bemessungsgrundlage zur Bestimmung des Krankenversicherungsbeitrags	9
2.1.4	Zuzahlungsregelungen	14
2.1.5	Ausgewählte Defizite und strukturelle Probleme der GKV	15
2.1.6	Vorteile des bestehenden Systems der gesetzlichen Krankenversicherung	16
2.2	<b>Private Krankenversicherung</b>	<b>18</b>
2.2.1	Grundprinzipien und Finanzierung	18
2.2.2	Ausgewählte Defizite und strukturelle Probleme der PKV	19
2.2.3	Vorteile der privaten Krankenversicherung	21
2.3	<b>Das Beihilfesystem</b>	<b>22</b>
2.4	<b>Freie Heilfürsorge</b>	<b>23</b>
2.5	<b>Krankenversicherungsschutz über das Sozialamt und besondere Sicherungsformen</b>	<b>23</b>
<b>3</b>	<b><i>Ausgangslage - Kostenexplosion im Gesundheitswesen ?</i></b>	<b>24</b>
3.1	<b>Gründe für den Ausgabenanstieg</b>	<b>29</b>
3.1.1	Ausweitung der Versichertenpopulation und des Leistungsumfangs zu Beginn der 70er Jahre	29
3.1.2	Demographischer Wandel	29
3.1.3	Veränderte Morbidität	32
3.1.3.1	Kompressionsthese	33
3.1.3.2	Medikalisierungsthese	33
3.1.4	Medizinisch-technischer Wandel und medizinischer Fortschritt	35
3.1.5	Veränderte Präferenzen der Versicherten	36
3.1.6	Negativer Preisstruktureffekt	37
3.1.7	Strukturelle Defizite und Ineffizienzen	37
3.2	<b>Gründe für die Verschlechterung auf der Einnahmeseite</b>	<b>41</b>
3.2.1	Entwicklung der Beitragsbemessungsgrundlage der GKV	41
3.2.2	Demographischer Wandel und Versichertenstruktur	44
3.2.3	Veränderung der Erwerbsbeteiligung und Erwerbsbiographien	46
3.2.4	Gesetzliche Veränderungen	47
3.2.5	Politische Verschiebepahnhöfe	48
3.2.6	Versicherungsfremde Leistungen	49
3.3	<b>Ergebnisse unterschiedlicher Projektionen des Beitragssatzes der GKV</b>	<b>49</b>

3.4	Auswirkungen steigender Sozialabgaben	53
3.5	Fazit	57
4	<i>Ziel und Aufgabe des Gesundheitswesens und der Krankenversicherung</i>	59
4.1	Notwendigkeit des Solidarausgleichs in der Krankenversicherung	63
4.2	Aspekte der Solidarität und Subsidiarität	64
4.3	Zur Notwendigkeit einer Versicherungspflicht	65
4.4	Gerechtigkeitsaspekte in der Krankenversicherung	66
4.4.1	Beitragsgerechtigkeit	69
4.4.2	Verteilungsgerechtigkeit	72
5	<i>Grundsatzformen der Organisation und Finanzierung von Gesundheitssystemen</i>	73
5.1	Idealtypische Modelle der Gesundheitssicherung	74
5.1.1	Staatlich organisierte Gesundheitssysteme	74
5.1.2	Sozialversicherungsmodelle	77
5.1.3	Marktwirtschaftlich organisierte Privatversicherungsmodelle	77
5.2	Wettbewerb und staatliche Interventionen im Gesundheitswesen	79
5.3	Zwischenfazit	86
6	<i>Reformvorschläge zur Finanzierung von Krankenversicherungsschutz</i>	88
6.1	Ziele und Kriterien zur Bewertung neuer Finanzierungsmodelle	88
6.2	Europäische Entwicklung	90
6.3	Finanzierungsprobleme und Diskussion in anderen Sozialversicherungszweigen	91
6.4	Globale Reformoptionen	92
6.5	Auszahlung des Arbeitgeberbeitrags	96
6.6	Änderungen der Beitragsbemessungs- und Versicherungspflichtgrenze	98
6.6.1	Erhöhung oder Aufhebung der Beitragsbemessungsgrenze	98
6.6.2	Erhöhung oder Aufhebung der Versicherungspflichtgrenze	101
6.6.3	Absenkung der Beitragsbemessungs- und Versicherungspflichtgrenze	103
6.7	Risikostrukturausgleich mit der privaten Krankenversicherung	104
6.8	Veränderung der beitragsfreien Familienversicherung	105
6.9	Differenzierte Beitragssätze	108
6.10	Ausweitung der Beitragsbemessungsgrundlage	110
6.11	Ausweitung der Versicherungspflicht	112
6.11.1	Versicherungspflicht für Sozialhilfeempfänger	114
6.11.2	Versicherungspflicht für Selbständige	114
6.11.3	Versicherungspflicht für Beamte	114
6.11.4	Einführung einer allgemeinen Pflichtversicherung	116
6.12	Bürgerversicherung	118
6.13	Vollständige Privatisierung des Krankenversicherungsschutzes	119
6.14	Pauschalprämienmodelle	122

<b>6.15</b>	<b>Ergänzende Steuerfinanzierung und Gesundheitsabgaben</b>	<b>127</b>
6.15.1	Entlastung der GKV von versicherungsfremden Leistungen	127
6.15.2	Erhöhung des Bundeszuschusses zur GKV	128
6.15.3	Höhere Steuern und sonstige Abgaben auf gesundheitsschädliche Produkte	130
<b>6.16</b>	<b>Steuerfinanzierte Gesundheitsversorgung</b>	<b>131</b>
<b>6.17</b>	<b>Bruttowertschöpfungsabgabe</b>	<b>132</b>
<b>6.18</b>	<b>Selbstbeteiligungsmodelle</b>	<b>133</b>
<b>6.19</b>	<b>Modelle für eine teilweise oder vollständige Umstellung auf das Kapitaldeckungsverfahren in der GKV</b>	<b>138</b>
6.19.1	Kapitaldeckungs- und Umlageverfahren	139
6.19.2	Bildung einer einmaligen Demographiereserve	142
6.19.3	Pauschalprämienmodell mit vollständiger Kapitaldeckung und Anwartschaftsdeckungsverfahren	142
6.19.4	Fiskalische Konsequenzen eines Übergangs zum Anwartschaftsdeckungsverfahren	144

## ***Teil B: Mikrosimulation möglicher finanzieller Auswirkungen von Reformen in der Krankenversicherung*** **146**

<b>7</b>	<b><i>Mikrosimulation und Inzidenzanalyse</i></b>	<b>146</b>
7.1	Formen von Mikrosimulationsmodellen	147
7.2	Zum Ziel und zur Basis der Simulationsrechnungen	149
<b>8</b>	<b><i>Datenbasis - Das Sozio-oekonomische Panel (SOEP)</i></b>	<b>151</b>
8.1	Allgemeine Probleme des Datensatzes	152
8.2	Probleme der Erfassung des Versicherungsstatus	152
8.2.1	Gesonderte Annahmen bei Empfängern von laufender Hilfe zum Lebensunterhalt	154
8.2.2	Abgrenzungsprobleme der Familienversicherung	154
<b>9</b>	<b><i>Methodische Grundlagen und ausgewählte Weiterentwicklungen zur Vervollständigung von Einkommensangaben im SOEP</i></b>	<b>155</b>
9.1	Das Problem fehlender Angaben (Item-Non-Response) und Konsistenzprüfung	155
9.2	Weiterentwicklungen der Methode zur Imputation von Einkommensangaben des Sozio-oekonomischen Panels (SOEP)	157
9.2.1	Das "Row-and-Column" Imputationsverfahren nach Little und Su	158
9.2.2	Querschnittsbasierte Imputationen im SOEP	163
9.2.2.1	Imputationen auf der Personenebene	163
9.2.2.2	Imputationen auf der Haushaltsebene	173
9.3	Bewertung der Qualität der Imputationen	179
<b>10</b>	<b><i>Validierung und Vergleich mit anderen Datenquellen</i></b>	<b>181</b>

<b>10.1</b>	<b>Ableich des Krankenversicherungsstatus</b>	<b>181</b>
<b>10.2</b>	<b>Ableich der Einkommensinformationen</b>	<b>183</b>
10.2.1	Arbeitnehmerentgelte	186
10.2.2	Einkommen aus Selbständigkeit	187
10.2.3	Vermögenseinkommen	188
10.2.4	Rentenzahlungen	189
10.2.5	Lohnersatzleistungen	190
10.2.6	Transfereinkommen	190
<b>10.3</b>	<b>Fazit</b>	<b>191</b>
<b>11</b>	<b><i>Beschreibung der Rahmenbedingungen und Annahmen zur Mikrosimulation</i></b>	<b>192</b>
<b>11.1</b>	<b>Verwendung des durchschnittlichen Beitragssatzes</b>	<b>193</b>
<b>11.2</b>	<b>Anwendung der Beitragssatzarten bei verschiedenen Modellvarianten</b>	<b>194</b>
<b>11.3</b>	<b>Unterjährige Veränderungen des Versicherungsstatus und der Bemessungsgrundlage</b>	<b>195</b>
<b>11.4</b>	<b>Beitragsregelungen für besondere Versichertengruppen</b>	<b>197</b>
<b>11.5</b>	<b>Bestimmung der Bemessungsgrundlage von GKV-Versicherten</b>	<b>198</b>
11.5.1	Bestimmung des Arbeitsentgelts	198
11.5.2	Rangfolge der Einkommensarten:	202
<b>11.6</b>	<b>Arbeitgeberanteil, Beitragszuschuss und impliziter Beitragsanteil</b>	<b>202</b>
11.6.1	Arbeitgeberanteil bei GKV-Pflichtversicherten	203
11.6.2	Arbeitgeberanteil bei versicherungsfreien Personen und freiwillig Versicherten	203
11.6.3	Impliziter Beitragszuschuss bei pflichtversicherten Rentnern der GKV	204
11.6.4	Beitragszuschuss bei versicherungsfreien Rentnern und freiwilligen Mitgliedern der KVdR	204
11.6.5	Arbeitgeberbeitrag bei geringfügigen Beschäftigungsverhältnissen	204
11.6.6	Zuschüsse für bestimmte Versichertengruppen	205
11.6.7	Bemessungsgrundlage und Beitragsanteil für Empfänger von Lohnersatzleistungen	205
11.6.8	Bestimmung des Beitragsanteils für Empfänger von laufender Hilfe zum Lebensunterhalt	206
11.6.9	Beihilfe	207
<b>11.7</b>	<b>Bestimmung einer hypothetischen durchschnittlichen Pauschalprämie</b>	<b>208</b>
11.7.1	Pauschalprämie bei unverändertem Leistungsrecht	208
11.7.2	Leistungsmehrausgaben bei Ausweitung der Versicherungspflicht in der GKV	210
11.7.3	Reduktion der Pauschalprämie durch Leistungsauslagerungen	212
11.7.4	Annahmen zum notwendigen Transfervolumen für den sozialen Ausgleich	212
<b>11.8</b>	<b>Probleme der Abschätzung von Reformvorschlägen</b>	<b>213</b>
<b>12</b>	<b><i>Simulationsergebnisse</i></b>	<b>217</b>
<b>12.1</b>	<b>Beitragseinnahmen und Beitragsbelastung der Versicherten in der GKV und PKV im Status Quo</b>	<b>217</b>

<b>12.2</b>	<b>Ausweitung der Bemessungsgrundlage und Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze innerhalb der bestehenden GKV (Modellvarianten GKV-BG1 bis GKV-BG7)</b>	<b>224</b>
<b>12.3</b>	<b>Ausweitung der versicherungspflichtigen Bevölkerung zugunsten der GKV (Modellvarianten GKV-VP1 und GKV-VP2)</b>	<b>227</b>
<b>12.4</b>	<b>Varianten einer Bürgerversicherung (Modellvarianten Bürgerversicherung 1 bis Bürgerversicherung 5)</b>	<b>229</b>
<b>12.5</b>	<b>Modelle mit Pauschalprämien und sozialem Ausgleich für GKV-Versicherte (Modellvarianten Pauschalprämie-GKV 1 bis Pauschalprämie-GKV 3)</b>	<b>232</b>
<b>12.6</b>	<b>Modelle mit Pauschalprämien für die gesamte Wohnbevölkerung bei unverändertem Leistungsrecht (Modellvarianten Pauschalprämie 1 bis Pauschalprämie 4)</b>	<b>235</b>
<b>12.7</b>	<b>Modell mit Pauschalprämien für die gesamte Wohnbevölkerung bei Leistungsauslagerungen (Modellvariante Pauschalprämie 4)</b>	<b>237</b>
<b>12.8</b>	<b>Modelle der "Systemevolution" in der bestehenden GKV</b>	<b>239</b>
12.8.1	Aufhebung der beitragsfreien Familienversicherung in der GKV	239
12.8.1.1	Splitting des Bruttoeinkommens des Ehepartners (Modellvarianten GKV-Familie 1 bis GKV-Familie 3)	239
12.8.1.2	Einführung eines Mindestbeitrags (Modellvarianten GKV-Mindestbeitrag 1 bis GKV-Mindestbeitrag 3)	240
12.8.2	Differenzierte Beitragssätze: Erhöhter Beitragssatz für Versicherte der KVdR (Modellvariante GKV-Diff)	241
<b>12.9</b>	<b>Privatwirtschaftliche Modelle mit risikoäquivalenten Beiträgen (Modellvarianten GKV-Risikoäquivalent und Risikoäquivalent)</b>	<b>243</b>
12.9.1	Risikoäquivalente Beiträge in der GKV (Modellvariante GKV-Risikoäquivalent)	244
12.9.2	Risikoäquivalente Beiträge für die gesamte Wohnbevölkerung (Modellvariante Risikoäquivalent)	245
<b>12.10</b>	<b>Finanzierung des sozialen Ausgleichs durch Auszahlung und Versteuerung des Arbeitgeberbeitrags und des Beitragszuschusses zur Krankenversicherung</b>	<b>246</b>
<b>12.11</b>	<b>Die Ergebnisse der Reformen in der Nettobetrachtung</b>	<b>250</b>
<b>12.12</b>	<b>Zusammenfassung der Ergebnisse</b>	<b>257</b>
<b>13</b>	<b>Zusammenfassung und Schlussfolgerungen</b>	<b>262</b>

## **Anhang** **270**

	<b>Differenzierte Betrachtung der Auswirkungen einer Einführung eines Modells der Bürgerversicherung bzw. eines Pauschalprämienmodells nach verschiedenen sozio-demographischen Merkmalen</b>	<b>292</b>
--	---	------------

### **1 Problemstellung** **292**

<b>1.1</b>	<b>Modellvarianten von Reformen der Finanzierung von Krankenversicherungsschutz</b>	<b>292</b>
------------	---	------------



1.2	<b>Bestimmung einer hypothetischen durchschnittlichen Pauschalprämie und des Bedarfs für den sozialen Ausgleich</b>	<b>294</b>
	Gesamtbevölkerung	295
1.3	<b>Bestimmung des Bedarfs für den sozialen Ausgleich in den Pauschalprämienmodellen</b>	<b>295</b>
1.4	<b>Gegenfinanzierung des Bedarfs für den sozialen Ausgleich</b>	<b>296</b>
1.5	<b>Fiskalischer Effekt im Modell der Bürgerversicherung</b>	<b>297</b>
2	<b><i>Ergebnisse der Modellrechnungen</i></b>	<b>299</b>
2.1	<b>Veränderung der durchschnittlichen Krankenversicherungsprämie nach Versichertenstatus</b>	<b>299</b>
2.2	<b>Veränderung der durchschnittlichen Krankenversicherungsprämie nach dem Alter der Versicherten</b>	<b>300</b>
2.3	<b>Veränderung des verfügbaren Haushaltseinkommens nach Versicherungsstatus des Haushaltsvorstand</b>	<b>301</b>
2.4	<b>Veränderung des verfügbaren Haushaltseinkommens nach dem Alter und Versicherungsstatus des Haushaltsvorstands</b>	<b>302</b>
2.5	<b>Veränderung des verfügbaren Haushaltseinkommens nach Einkommensklassen und Versicherungsstatus des Haushaltsvorstands</b>	<b>303</b>
2.6	<b>Veränderung des verfügbaren Haushaltseinkommens nach Haushaltstyp und Versicherungsstatus des Haushaltsvorstands</b>	<b>305</b>
2.7	<b>Veränderung des verfügbaren Haushaltseinkommens bei Beamten und Versorgungsempfängern</b>	<b>305</b>
3	<b><i>Fazit</i></b>	<b>307</b>
	<b>Abkürzungsverzeichnis</b>	<b>323</b>
	<b>Abbildungsverzeichnis</b>	<b>324</b>
	<b>Tabellenverzeichnis</b>	<b>325</b>
	<b>Übersichtsverzeichnis</b>	<b>328</b>
	<b>Literaturverzeichnis</b>	<b>329</b>

## **Zusammenfassung**

Die gesetzliche Krankenversicherung steht vor zwei wichtigen Herausforderungen: weiter steigende Ausgaben und vor einer Erosion der Finanzierungsgrundlagen. Um auch langfristig eine bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung für die gesamte Bevölkerung zu gewährleisten, bedarf es auch einer Reform der Finanzierungsgrundlagen.

Ziel dieser Arbeit ist es einen umfassenden Vergleich alternativer Finanzierungsmodelle für den Krankenversicherungsschutz der Bevölkerung in Deutschland vorzunehmen und mittels einer statischen Mikrosimulation die fiskalischen und Verteilungseffekte dieser Reformalternativen zu quantifizieren. Die Bandbreite der untersuchten Reformmodelle reicht von einer reinen Steuerfinanzierung, über Sozialversicherungsmodelle bis zur rein privatwirtschaftlichen Absicherung im Krankheitsfalle. Dabei werden auch die Modelle einer „Bürgerversicherung“ und von „Pauschalprämien“ – die durch die sogenannte „Rürup-Kommision“ thematisiert wurden – berücksichtigt.

Das zweite – methodische – Ziel dieser Arbeit ist die Datengrundlage für Mikrosimulationsmodelle zu verbessern. Auf Grundlage der Daten des Sozio-oekonomischen Panels (SOEP) werden unterschiedlichste Algorithmen zur vollständigen Imputation von Einkommensangaben entwickelt und in ihrer Güte geprüft.

Als Fazit der Arbeit wird das Pauschalprämienmodell mit Teilkapitaldeckung und einem Ausbau von Selbstbeteiligungsmodellen für die künftige Finanzierung von Krankenversicherungsschutz in Deutschland empfohlen.

# ***Teil A:***

## ***Ausgangssituation und Rahmenbedingungen für Reformen des Gesundheitswesens in Deutschland***

### **1 Einleitung**

Das deutsche Gesundheitssystem und insbesondere die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) gelten seit mehr als 25 Jahren als gesundheitspolitische Dauerbaustellen. Bereits zu Beginn der 70er Jahre verwendete der damalige rheinland-pfälzische Sozialminister Heiner Geißler das Schlagwort von der „Kostenexplosion“ im Gesundheitswesen. Der Anteil der Gesundheitsausgaben, gemessen am Bruttoinlandsprodukt, hat dabei im Zeitraum von 1970 bis 1998 um mehr als 70% auf 11,1% zugelegt.<sup>1</sup> Im internationalen Vergleich liegt Deutschland damit auf Rang drei nach den USA und nur knapp hinter der Schweiz.

Die GKV als der wichtigste Träger von Gesundheitsausgaben, hat daran einen Anteil von 57% was 128,9 Mrd. Euro entspricht (Statistisches Bundesamt 2003c: 9). Damit sind knapp 90% der Bevölkerung gegen die finanziellen Risiken im Krankheitsfalle abgesichert. Aufgrund des hohen Finanzierungsanteils an allen Gesundheitsausgaben und des hohen Umfangs der versicherten Bevölkerung kommt der GKV eine besondere Bedeutung in der gesundheitspolitischen Diskussion zu. Die finanzielle Entwicklung der GKV ist dabei seit den 70er Jahren von fast durchweg steigenden Beitragssätzen geprägt. Einzelne Krankenkassen weisen heute bereits einen Beitragssatz von knapp 16% auf.<sup>2</sup> In der privaten Krankenversicherung (PKV) wirken sich die wachsenden Gesundheitsausgaben in steigenden Prämien aus, wobei hier insbesondere bestehende Altverträge von überdurchschnittlichen Steigerungen betroffen sind.<sup>3</sup>

Die Gründe für die Steigerungen der Beitragssätze und Prämien sind vielschichtig. Als zentrale Faktoren für die allgemeine Ausgabensteigerung im Gesundheitswesen, werden vor allem der demographische Wandel der Bevölkerung und der medizinisch-technische

---

<sup>1</sup> Eigene Berechnungen nach den Angaben des BMG (2001a).

<sup>2</sup> Der Beitragssatz der Betriebskrankenkasse des Landes Berlin beträgt derzeit 15,7% (Stand Dezember 2003). Der monatliche Höchstbeitrag zur GKV liegt damit bei 541,65 Euro für einen Arbeitnehmer mit Einkommen oberhalb der Beitragsbemessungsgrenze.

<sup>3</sup> Vgl. die Antwort der Bundesgesundheitsministerin auf eine kleine parlamentarische Anfrage des Abgeordneten Horst Seehofer (BMGS 2003d).

Fortschritt genannt. Aber auch eine veränderte Morbidität, strukturelle Defizite insbesondere bei der GKV oder ein verändertes Anspruchsdenken der Versicherten können hierfür aufgezählt werden.

Verschärfend tritt für die GKV hinzu, dass es parallel zu den Ausgabensteigerungen in den vergangenen Jahren auch zu einer Erosion auf der Einnahmeseite gekommen ist. Dies zeigt sich vor allem bei dem Wachstum der beitragspflichtigen Einnahmen der GKV, da dieses seit 1980 stets unterdurchschnittlich war und hinter dem Wachstum des BIP je Erwerbstätigen zurückblieb (SVRKAG 2003: Ziffer 60). Verschiedene Ursachen lassen sich für diese Entwicklung aufzählen. Wichtige Faktoren sind hier sicherlich, die in den vergangenen 20 Jahren deutlich zunehmende Zahl von Arbeitslosen und Sozialhilfeempfängern. Aber auch die Veränderung von Erwerbsbiographien mit einem Verfall des Normalarbeitsverhältnisses lassen sich aufführen. Auch eine Zunahme von Teilzeit- und geringfügiger Beschäftigung oder eine Zunahme von (Schein-) Selbstständigkeit ist zu konstatieren. Das sozialversicherungspflichtige Erwerbseinkommen als primäre Bemessungsgrundlage der GKV verliert so immer mehr an Bedeutung. Es lassen sich aber auch gesetzliche Veränderungen und politische Verschiebepathways aufführen, die zu einer Verschlechterung der Einnahmefundament beigetragen haben.

Die Politik hat in der Vergangenheit wiederholt versucht, die Ausgabenentwicklung der GKV zu begrenzen.<sup>4</sup> Die Beseitigung struktureller Defizite und die Probleme auf der Einnahmenseite wurden dabei weitgehend vernachlässigt. Der Erfolg war unter anderem deshalb i.d.R. nur von kurzer Dauer. "Kurzfristige ausgabenseitige Reformen sind unverzichtbar, verschaffen dem Gesundheitssystem allerdings lediglich eine, wenn auch wichtige, Atempause. Längerfristig gilt es, zusätzlich die Finanzierung des überproportionalen Ausgabenanstiegs dauerhaft zu sichern, der sich aus der demografischen Entwicklung, dem medizinisch-technischen Fortschritt und veränderten Präferenzen ergibt. Hierzu sind einnahmeseitige Reformen unabdingbar" (BMGS 2003c: 145).

Für die künftige Entwicklung der GKV als auch im gesamten Gesundheitswesen, weisen alle Zeichen auf steigende Ausgaben hin.<sup>5</sup> Der demographische Wandel der Bevölkerung und die weitere Entwicklung des medizin-technischen Fortschritts lassen erhebliche Ausgabensteigerungen erwarten, die zu einer regelrechten "Beitragssatzexplosion" in der GKV führen dürfte, falls die Politik nicht frühzeitig diese Entwicklung erkennt und gegensteuert.

---

<sup>4</sup> Vgl. Webber (1988, 1989) und Steffen (2003).

„Setzt sich der Trend fort, dass die Beitragsbemessungsgrundlage im Wachstum nicht mit dem BIP Schritt zu halten vermag, steht die GKV vor folgendem Dilemma: Entweder orientieren sich ihre Ausgaben am Wachstum des BIP, dann steigen zwangsläufig die Beitragssätze. Oder die Beitragssätze bleiben stabil, dies setzt aber voraus, dass die GKV-Ausgaben schwächer zunehmen als das BIP“ (Wille 1999a: 15). Das heißt, dass entweder die Lohnkosten der Arbeitgeber deutlich ansteigen und die Nettoeinkommen der Arbeitnehmer geringer ausfallen, oder dass alternativ die Leistungen der GKV begrenzt sprich rationiert werden müssen.<sup>6</sup> Mit dem Problem der Rationierung von Gesundheitsleistungen wird aber an den Grundfesten des Sozialstaats gerüttelt, da zur sozialen Gerechtigkeit unabdingbar die Teilhabe aller am gesellschaftlichen Leben gehört.

Mit der Einsetzung der Kommission für die "Nachhaltigkeit in der Finanzierung der Sozialen Sicherungssysteme" (sogenannte Rürup-Kommission) hat die Politik erste Schritte aufgenommen, sich den kommenden Herausforderungen in der GKV aber auch der PKV zu stellen und Wege für eine nachhaltige Finanzierung der Gesundheitsversorgung zu suchen. Problematisch ist aber, dass es der aktuellen politischen Diskussion an der nötigen empirischen Fundierung der fiskalischen Konsequenzen von Reformalternativen in der Krankenversicherung mangelt. Vielfach wird auf Datengrundlagen zurückgegriffen, die entweder veraltet und in ihrer Repräsentativität eingeschränkt sind<sup>7</sup> oder es werden nur ausgewählte Reformvarianten dargestellt (vgl. BMGS 2003c).

## 1.1 Fragestellung und Zielsetzung

Die GKV in Deutschland steht vor zwei zentralen Herausforderungen, zum Einen vor weiteren Ausgabensteigerungen und zum Anderen vor einer Erosion der Finanzierungsgrundlagen. Das Dilemma zwischen dem was medizinisch möglich ist und dem was tatsächlich – im Rahmen der GKV – finanzierbar ist stellt eine der wichtigsten Herausforderungen für die finanzielle Absicherung des Krankenversicherungsschutzes in der Zukunft dar. Die Suche nach tragfähigen Reformkonzepten für die Weiterentwicklung der Finanzierung von Krankenversicherungsschutz wird sich mit den folgenden Fragestellungen auseinandersetzen müssen:

---

<sup>5</sup> Vgl. Breyer und Ulrich (2000a).

<sup>6</sup> Nach Breyer (2000a: 193) " ... stellt sich im Bereich der überlebenswichtigen medizinischen Leistungen schon lange nicht mehr die Frage des Ob, sondern nur noch die des Wie einer Rationierung."

- Ist eine allgemeine Absicherung im Krankheitsfalle für die gesamte Bevölkerung weiter finanzierbar, ohne dass es zu Rationierungen kommt ?
- Welche alternativen Finanzierungsmöglichkeiten gibt es für den Krankenversicherungsschutz in Deutschland ?
- Welche Verteilungsaspekte haben alternative Finanzierungsmöglichkeiten ?
- Wie sind diese alternativen Finanzierungsmöglichkeiten zu bewerten ?

Das Ziel dieser Arbeit ist es daher einen möglichst umfassenden Vergleich alternativer Formen der finanziellen Absicherung im Krankheitsfalle in Deutschland vorzunehmen und vorrangig die fiskalischen Effekte verschiedener Reformvarianten vergleichend aufzuzeigen. Ausgehend von der besonderen Bedeutung der GKV in der deutschen Gesundheitsversorgung richtet sich der Blickwinkel zunächst auf eine evolutorische Weiterentwicklung der GKV, doch sollen auch revolutionäre Ansätze einer veränderten finanziellen Absicherung im Krankheitsfalle beleuchtet werden. Die Alternativen können sich dabei zwischen den beiden Polen einer rein steuerfinanzierten Gesundheitsversorgung bis hin zu rein privatwirtschaftlichen Lösungen der finanziellen Absicherung im Krankheitsfalle bewegen. Dabei wird der Beitragsbelastung der privaten Haushalte und einer sich ergebenden Veränderung des verfügbaren Einkommens Rechnung getragen. Als Methode wird hier eine statische Mikrosimulation von verschiedenen Reformmaßnahmen angewendet, um so empirisch gestützte Aussagen über die Beitrags- bzw. Abgabenbelastung der privaten Haushalte zu erhalten.

Vor dem Hintergrund dieser Ergebnisse lassen sich so Aussagen über ein eventuell neu zu bestimmendes Maß an Solidarität und Subsidiarität in der finanziellen Absicherung im Krankheitsfalle treffen, die unabdingbar mit Aspekten der Beitrags- und Verteilungsgerechtigkeit verbunden sind.

## 1.2 Gang der Arbeit

Um die Ausgangslage zu beschreiben, werden zu Beginn die verschiedenen Formen der Absicherung im Krankheitsfalle in Deutschland nach ihren Charakteristika und Finanzierungsgrundlagen vorgestellt und Stärken und Schwächen hervorgehoben (Kapitel 2). Hierzu zählt auch eine Bestandsaufnahme der Bestimmungsgründe für den Anstieg der

---

<sup>7</sup> So z.B. die Ergebnisse von Pfaff et al. (1996).

Leistungsausgaben im deutschen Gesundheitswesen und die Ursachen für die Verschlechterung der Einnahmenseite der GKV (Kapitel 3). Um den künftigen Reformbedarf zu verdeutlichen, werden unterschiedliche Projektionen des Beitragssatzes in der GKV und die daraus erwachsenen kommenden finanziellen Herausforderungen an die Gesundheitsversorgung aufgezeigt.

Im folgenden Kapitel 4 werden die Ziele und Aufgaben des Gesundheitswesens und der Krankenversicherung aufgeführt, wobei insbesondere Aspekte der Solidarität und Gerechtigkeit diskutiert werden. Die grundsätzlichen Formen der finanziellen Absicherung im Krankheitsfalle mit der Spannweite von rein staatlich organisierten Gesundheitssystemen über Sozialversicherungsmodelle bis hin zur rein privatwirtschaftlichen Absicherung im Krankheitsfalle werden dargestellt (Kapitel 5) und der besonderen Bedeutung von Wettbewerb im Gesundheitswesen Rechnung gezollt. Dabei wird auch versucht eine ökonomische Begründung für die Notwendigkeit staatlicher Eingriffe und staatlicher Sozialpolitik zu geben. Als weiteres werden Ziele und Kriterien zur Bewertung neuer Finanzierungsalternativen aufgezählt und neben Aspekten der europäischen Entwicklung und der Reformdiskussion in anderen Zweigen der Sozialversicherung auch globale Reformoptionen in der Krankenversicherung genannt (Kapitel 6). Im Mittelpunkt stehen aber Reformvorschläge zur Finanzierung von Krankenversicherungsschutz, die umfassend dargestellt und kritisch bewertet werden.

Nachdem die für den empirischen Teil zugrunde liegende Methode der Mikrosimulation vorgestellt wird (Kapitel 7), wird die verwendete Datenbasis und deren spezifische Probleme beschrieben (Kapitel 8). Die methodischen Grundlagen und ausgewählten Neuentwicklungen für die empirische Umsetzung der Mikrosimulation werden aufgezeigt (Kapitel 9) und eine Validierung des Datensatzes in Form eines Abgleichs mit Informationen zum Krankenversicherungsbestand und eines Abgleichs der Einkommensinformationen mit externen Datenquellen vorgenommen (Kapitel 10). Anschließend werden die Annahmen zur empirischen Umsetzung der Mikrosimulation eingehend beschrieben und auf Abgrenzungs- und Umsetzungsprobleme eingegangen (Kapitel 11). Im eigentlichen empirischen Teil (Kapitel 12) werden verschiedene Modelle einer alternativen finanziellen Absicherung im Krankheitsfalle durchgespielt und deren fiskalische Konsequenzen aufgezeigt. Abschließend versucht Kapitel 13 die Ergebnisse zusammenzufassen und einen Ausblick zu geben.

## 2 Krankenversicherungsschutz in Deutschland und dessen Finanzierungsgrundlagen

Der primäre Krankenversicherungsschutz, der die Absicherung gegen die finanziellen Risiken im Krankheitsfalle umfasst, wird in Deutschland fast ausschließlich von der gesetzlichen und privaten Krankenversicherung gewährleistet, da reichlich 97% der Bevölkerung hierüber versichert sind (Tabelle 1).

**Tabelle 1: Bevölkerung im Jahre 1999<sup>1</sup> nach Versicherungsstatus**

Art des Krankenversicherungsschutzes	Deutschland insgesamt	Deutschland insgesamt	Westdeutschland	Ostdeutschland
	in Tsd.	Anteil in %		
GKV	72.567	88,5	87,1	94,8
Ausschließlich PKV	7.309	8,9	10,1	3,6
Sonstige	1.970	2,4	2,6	1,5
Keine Krankenversicherung	150	0,2	0,2	0,1
Insgesamt	82.024	100,0	100,0	100,0

1) Aktuelle Angaben zum Krankenversicherungsstatus der Gesamtbevölkerung liegen letztmalig nur für das Jahr 1999 vor.

Quelle: BMG (2001: 336), Angaben zum Zeitpunkt April.

Der verbleibende Anteil setzt sich zusammen aus Personen, die über die freie Heilfürsorge, das System der Beihilfe, als Sozialhilfeempfänger anspruchsberechtigt versichert sind oder über keinen Krankenversicherungsschutz verfügen. Im Folgenden werden die Finanzierungsgrundlagen und Charakteristika der verschiedenen Sicherungsformen im Krankheitsfalle dargestellt.

### 2.1 Gesetzliche Krankenversicherung

#### 2.1.1 Grundprinzipien

In der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) gilt das Solidar- und Leistungsfähigkeitsprinzip. Das Solidarprinzip wird in § 1 SGB V ("Solidarität und Eigenverantwortung") geregelt. Danach hat die GKV die Aufgabe, die Gesundheit der Versicherten zu erhalten, wiederherzustellen oder zu verbessern. Die solidarische Finanzierung der GKV wird in §241 SGB V ("Allgemeiner Beitragssatz") festgelegt, da die Beiträge nach einem einheitlichen Beitragssatz der beitragspflichtigen Einnahmen zu erheben sind.



Jeder Versicherte trägt entsprechend seiner finanziellen Leistungsfähigkeit zur Finanzierung bei, ihm wird aber unabhängig von der Beitragshöhe uneingeschränkter Anspruch auf alle Sachleistungen der GKV gewährt. Dabei wird ein einheitlicher Leistungskatalog für alle Versicherten angewendet.<sup>8</sup> Die Beiträge werden nicht alters- und risikogerecht bestimmt, es kommt so zu einer interpersonellen und intergenerationalen ex-ante Einkommensumverteilung,

- von gesunden zu kranken Versicherten (Risikoausgleich),
- von hohem Einkommen zu niedrigem Einkommen (Einkommensumverteilung),
- von Alleinstehenden und Kinderlosen zu Familien (Familienlastenausgleich) und
- von jungen zu alten Versicherten (Generationenausgleich) (vgl. Wille 2000: 264).

Die eigentliche Versicherungsaufgabe ist jedoch nur der Risikoausgleich von Gesunden zu Kranken.<sup>9</sup>

Eine direkte Äquivalenz zwischen Beitrag und Leistung besteht in der GKV nur für Geldleistungen in Form von Mutterschafts- und Krankengeld.<sup>10</sup> Diese machen nur rund 6% der gesamten Leistungsausgaben in der GKV aus.<sup>11</sup>

---

<sup>8</sup> Nahezu 95 % aller Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen sind durch den Gesetzgeber vorgeschrieben. Individuelle Vertragsgestaltungen sind nicht zugelassen. Neben den Pflichtleistungen gibt es freiwillige Satzungsleistungen, die die Krankenkassen im Rahmen ihres gesetzlich eingeräumten Ermessensspielraumes selbst gestalten können. Zu den Satzungsleistungen zählen unter anderem ambulante Vorsorgekuren, die Gewährung erhöhter Zuschüsse für Rehabilitationskuren sowie die Kostenübernahme alternativer Heilmethoden und Zusatzimpfungen. Die Pflichtleistungen sind im wesentlichen durch §§20ff. SGB V geregelt. Diese umfassen: Verhütung von Krankheiten (§§ 20-24 SGB V), Früherkennung von Krankheiten (§§ 25-26 SGB V), Leistungen bei Krankheit inkl. Krankengeld (§§ 27-52 SGB V) und das Sterbegeld (§§ 58-59 SGB V). Nach einem Urteil des Bundessozialgerichts (Aktenzeichen: B7/1 A4/00R) kann damit eine gesetzliche Kasse keine zusätzlichen Leistungen anbieten. Grundlage für dieses Urteil war der Versuch der BKK Securitas unter anderem naturheilkundliche Verfahren und Akupunktur als freiwillige Satzungsleistung bereitzustellen.

<sup>9</sup> Das Umverteilungsvolumen in der GKV beläuft sich dabei in 2000 auf rund 40 Mrd. € (Henke 2001).

<sup>10</sup> Mitglieder der GKV, die bei Arbeitsunfähigkeit Anspruch auf Krankengeld haben oder denen wegen der sechswöchigen Schutzfrist vor und acht Wochen nach der Entbindung kein Arbeitsentgelt gezahlt wird, erhalten Mutterschaftsgeld als Ersatz für entgangenen Lohn. Voraussetzung ist, dass in der Zeit vom zehnten bis zum vierten Monat vor der Entbindung für mindestens zwölf Wochen eine Mitgliedschaft oder ein Arbeitsverhältnis bestanden hat. Mitglieder, die in einem Arbeitsverhältnis stehen, wird als Mutterschaftsgeld das um die gesetzlichen Abzüge verminderte durchschnittliche kalendertägliche Arbeitsentgelt der letzten 3 Kalendermonate vor Beginn der sechswöchigen Schutzfrist gewährt. Es beträgt höchstens 13 € je Kalendertag. Bei höherem Verdienst wird vom Arbeitgeber oder vom Bund ein Zuschuss in Höhe des Unterschiedsbetrages zwischen dem Mutterschaftsgeld und dem um die gesetzlichen Abzüge verminderten durchschnittlichen kalendertäglichen Nettoarbeitsentgelt der letzten drei Monate gewährt (vgl. §§13ff. Mutterschutzgesetz). Das Mutterschaftsgeld macht jährlich rund 0,66 Mrd. Euro aus oder rund 0,5% der gesamten Leistungsausgaben der GKV (IGSF 2000).

Mitglieder in der GKV haben bei Arbeitsunfähigkeit oder bei einem stationären Aufenthalt Anspruch auf Krankengeld, wenn sie mehr als sechs Wochen ununterbrochen krank geschrieben wurden. Das Krankengeld wird ohne zeitliche Begrenzung gewährt, für den Fall der Arbeitsunfähigkeit wegen derselben Krankheit jedoch für längstens 78 Wochen innerhalb von drei Jahren. Das Krankengeld beträgt 70 v.H.

Zum Grundprinzip der GKV gehört die Selbstverwaltung. Gestaltung, Finanzierung und Steuerung liegen in der Verantwortung der Krankenkassen und Leistungsanbieter. Die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen gibt Empfehlungen zu den einzelnen Versorgungsbereichen ab, auch über die Veränderung der Vergütungen.<sup>12</sup>

### 2.1.2 Finanzierung

Die GKV finanziert sich fast ausschließlich – zu reichlich 97% – durch Beiträge ihrer Mitglieder.<sup>13</sup> Im Jahre 2001 machten diese annähernd 132 Mrd. Euro aus (Tabelle 2). Die sonstigen Einnahmen setzten sich vorwiegend aus Vermögenseinkünften, Säumniszuschlägen und Erstattungen von anderen Sozialversicherungsträgern zusammen.

**Tabelle 2: Einnahmen der GKV nach Einnahmeart (Deutschland insgesamt 2001)**

	in Mrd. Euro	Anteil in %
Einnahmen insgesamt	135,6	100,0
• Beiträge der Mitglieder	131,9	97,3
• sonstige Einnahmen <sup>1</sup>	3,7	2,7

1) Ohne Einnahmen aus dem Risikostrukturausgleich.

Quelle: BMGS (2003): Vorläufige Rechnungsergebnisse der gesetzlichen Krankenversicherung nach der Statistik KV 45. BMGS 228/Z12.

Die Beiträge zur GKV werden einkommensproportional bis zur Beitragsbemessungsgrenze (BBG) erhoben.<sup>14</sup> Die BBG in der GKV wird jährlich angepasst und beträgt 75 v.h. der BBG in der gesetzlichen Rentenversicherung der Arbeiter und Angestellten (GRV) und lag im Jahre 2001 bei 78.300 DM oder 6525 DM/Monat (vgl. §6 Abs. 1 und §223 Abs. 3 SGB V). Die BBG bildet gleichzeitig die Versicherungspflichtgrenze in der GKV.<sup>15</sup>

---

des erzielten regelmäßigen beitragspflichtigen Arbeitsentgelts, es darf jedoch nicht höher sein als 90% des Nettoarbeitsentgelts (§§ 44-51 SGB V).

<sup>11</sup> Lutz und Schneider (1998) zeigen für das Jahr 1995, dass ein versicherungsäquivalenter Beitragssatz von 1,31% notwendig wäre um das Krankengeld in der GKV zu finanzieren. Der Anteil des Krankengelds an allen Leistungsausgaben in der GKV machte im Jahre 2000 bundesweit 5,6% oder 13,8 Mrd. DM aus (KZBV 2002).

<sup>12</sup> In den Empfehlungen sind die inhaltlichen Vorgaben so zu gestalten, dass Beitragssatzerhöhungen auszuschließen sind, es sei denn, die notwendige medizinische Versorgung ist auch nach Ausschöpfen von Wirtschaftlichkeitsreserven ohne Beitragssatzerhöhungen nicht zu gewährleisten. Ausgabensteigerungen auf Grund von gesetzlich vorgeschriebenen Vorsorge- und Früherkennungsmaßnahmen verletzen nicht den Grundsatz der Beitragssatzstabilität (§141 SGB V).

<sup>13</sup> Vgl. zur Mittelaufbringung in der GKV auch Henke (1991: 136 ff.).

<sup>14</sup> Der Höchstbeitrag eines Pflichtmitglieds in der GKV im Jahre 2001 mit Entgeltfortzahlung im Krankheitsfalle machte monatlich 880,88 DM in West- und 900,46 DM in Ostdeutschland aus.

<sup>15</sup> Mit dem Beitragssicherungsgesetz (BSSichG) ist zum 1.1.2003 die Bindung der Versicherungspflichtgrenze an die Beitragsbemessungsgrenze aufgehoben worden (Bundesgesetzblatt 2002: 4637).

### **2.1.3 Bemessungsgrundlage zur Bestimmung des Krankenversicherungsbeitrags**

Die Bemessungsgrundlage der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder in der GKV hängt von dem Versicherungsstatus ab. In der GKV wird grundsätzlich zwischen Pflicht- und freiwillig Versicherten unterschieden. Pflichtversicherte sind vorwiegend Arbeiter und Angestellte, die gegen Arbeitsentgelt in einem Umfang oberhalb der Geringfügigkeitsgrenze beschäftigt sind. Des weiteren sind in der Regel Rentner, Behinderte, Studenten, Leistungsempfänger nach dem Arbeitsförderungsgesetz, Landwirte und Künstler versicherungspflichtig (§5 SGB V). Personen mit einem Einkommen oberhalb der Versicherungspflichtgrenze können freiwilliges Mitglied der GKV werden (§ 9 SGB V). Dies gilt auch für Personen, die nach §6 SGB V versicherungsfrei sind. Für versicherungspflichtige Mitglieder werden folgende Einnahmearten zur Beitragsbemessung herangezogen:

- das Arbeitsentgelt aus einer versicherungspflichtigen Beschäftigung,
- der Zahlbetrag einer Rente aus der GRV,
- der Zahlbetrag aus Versorgungsbezügen,
- Arbeitseinkommen, soweit es neben einer Rente der GRV oder neben Versorgungsbezügen erzielt wird.

Übersteigt das Einkommen aus einer versicherungspflichtigen Beschäftigung nicht die BBG, so werden nacheinander der Zahlbetrag der Versorgungsbezüge und das Arbeitsentgelt zur Beitragsbemessung herangezogen. Renten der GRV werden getrennt bis zur BBG berücksichtigt (vgl. §230 SGB V).

Beitragspflichtige Einnahmen versicherungspflichtiger Rentner sind der Zahlbetrag einer Rente aus der GRV, der Zahlbetrag von Einnahmen, die der Rente vergleichbar sind und Arbeitseinkommen.

Für Lohnersatzleistungsempfänger bemisst sich der Beitrag zur GKV nach der Bemessungsgrundlage des dem Zahlbetrag der Lohnersatzleistung zugrunde liegenden Arbeitsentgelts (vgl. §232 SGB V). Für Bezieher von Arbeitslosen-, Unterhalts-, Kurzarbeiter- und Winterausfallgeld sind dies 80% des durchschnittlichen versicherungspflichtigen Arbeitsentgelts bzw. 58% für Empfänger von Arbeitslosenhilfe. Der Krankenversicherungsbeitrag wird direkt von der Bundesanstalt für Arbeit an die jeweiligen Krankenkassen abgeführt.

Für freiwillige Mitglieder der GKV wird im Prinzip die gesamte wirtschaftliche Leistungsfähigkeit zur Beitragsbemessung zugrunde gelegt (vgl. §240 SGB V). Neben den beitragspflichtigen Einkommen versicherungspflichtiger Mitglieder müssen Beiträge auf weitere Einkommensarten bis zur BBG entrichtet werden. Dies sind:

- Einkommen aus einer selbständigen Tätigkeit,
- Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung,
- Einkommen aus Kapitalerträgen,
- alle Arten von Rentenzahlungen wie z.B. Betriebsrenten oder private Renten.

Besondere Beitragsregelungen gelten für Mitglieder der Seekrankenkasse, Rehabilitanden, Personen in Einrichtungen, Studenten, für Künstler und Publizisten und Landwirte (vgl. §233 bis 235 SGB V, oder. SVRKAiG 2003: Ziffer 120). Für ausgewählte Personengruppen sind die jeweiligen Einzelheiten der zahlreichen gesetzlichen Bestimmungen zur Beitragsbemessung im folgenden Kasten dargestellt.

**Beitragsregelungen für ausgewählte Personengruppen:**

- Nach §5 SGB V besteht keine Versicherungspflicht für Empfänger von Sozialhilfe. Im Falle von bestehenden Vorversicherungszeiten in der GKV kann das Sozialamt Beiträge für eine freiwillige Krankenversicherung übernehmen, jedoch nur soweit sie angemessen sind. Liegt keine Mitgliedschaft in der GKV vor, so wird für Sozialhilfeempfänger die Gesundheitsversorgung im Einzelfall vom Sozialamt im Rahmen der Krankenhilfe (§ 37 BSHG) bewilligt und die Kosten einer Behandlung direkt mit den Leistungserbringern abgerechnet.
- Nach einer Entscheidung des Sozialgerichts Münster (SG: Az. S8(3) KR 114/01) steht es einer Kasse offen, in ihrer Satzung festzulegen, auf welche Einnahmen freiwillig Versicherte neben dem Arbeitseinkommen Beiträge zu entrichten haben. Vgl. zur Beitragsbemessung freiwilliger Mitglieder mit geringem oder keinem Einkommen §240 Abs. 4 SGB V.
- Für Selbständige gelten gesonderte Regelungen. So ist nach §240 Abs. 4 SGB V geregelt, ob *fiktive* Einnahmen zur Beitragsermittlung heranzuziehen sind (BVerfG 1 BVL 4/96 vom 22. Mai 2002).
- Für verheiratete freiwillige Mitglieder in der GKV ohne oder mit nur geringen Einkommen, deren Ehepartner bei der PKV versichert ist, kann das Einkommen des Ehepartners für die Beitragsbemessung mit herangezogen werden. Die Anrechnung des Ehegatteneinkommens bis zur vollen Höhe der BBG ist gesetzlich nicht geboten. Eine Kasse kann per Satzung die Heranziehung des Ehepartnereinkommens auf die Hälfte der BBG freiwillig begrenzen (vgl. Pressemitteilung des BSG Nr. 22 vom 26.4.2002). Hat das freiwillige Mitglied in der GKV Kinder, so wird für jedes Kind ein bestimmter Abzug von der Bemessungsgrundlage gewährt. Die Kinder selbst gelten als freiwillige Mitglieder in der GKV, für die keine beitragsfreie Mitversicherung gewährt wird. Im Hinblick auf eine eventuelle Überforderung der Familie verweist das Bundessozialgericht (BSG) auf die freiwillige Entscheidung

des Ehegatten sich in der PKV zu versichern, bei der die Kinder in der PKV systemkonform versichert wären (Soziale Sicherheit 4/2002).

- Die Beitragsbemessung für Seeleute richtet sich grundsätzlich nach der Durchschnittsheuer, für Landbeschäftigte wird das tatsächliche Einkommen zugrunde gelegt.
- Personen in Einrichtungen der Jugendhilfe sind nach §5 Abs. 1 Nr. 5 SGB V versicherungspflichtig, als Bemessungsgrundlage dient aber nur 80% des Regelentgelts.
- Die Künstlersozialversicherung (KSV) finanziert sich zur einen Hälfte durch die Krankenversicherungsbeiträge ihrer Mitglieder, 30% werden von den zur Künstlersozialabgabe Verpflichteten und 20% vom Bund aufgebracht. Die Künstlersozialabgabe wird bei Unternehmen erhoben, die Werke und Leistungen selbständiger Künstler und Publizisten gegen Entgelt in Anspruch nehmen.
- Die Beiträge in der Landwirtschaftlichen Krankenkasse (LKK) werden nach 20 Beitragsklassen festgesetzt. Die Zuordnung eines landwirtschaftlichen Unternehmens in eine Beitragsklasse wird nach dem Flächenwert vorgenommen. Grundlage sind somit nicht die tatsächlichen Einkünfte des Landwirtes. Es erfolgt eine einheitliche Klassenzuordnung nach folgender Formel: Landwirtschaftliche Fläche in ha x durchschnittlicher Hektarwert der Gemeinde = Flächenwert. Für Sonderkulturen, insbesondere Obstbau, Weinbau, Hopfen, Spargel, Gemüse und Forstbaumschulen wird der zweifache, für Untergraskulturen der zehnfache durchschnittliche Hektarwert der Gemeinde für die Flächenwertermittlung berücksichtigt.
- Seit dem 1.4.1999 besteht Beitragspflicht für geringfügig Beschäftigte (mit einem monatlichen Arbeitsentgelt von bis zu 630 DM). Der Arbeitgeber führt pauschal 10% des Arbeitsentgelts an die GKV ab. Bei Vorliegen mehrerer Beschäftigungen wird das gesamte Arbeitsentgelt in voller Höhe beitragspflichtig.
- Versicherungspflichtige Studenten und Praktikanten haben einen Krankenversicherungsbeitrag von einem Dreißigstel des Betrages, der als monatlicher Bedarf nach dem Bundesausbildungsförderungsgesetz für Studenten festgelegt wird zu entrichten (vgl. §236 SGB V). Dieser wurde für das Wintersemester 2000/01 auf monatlich 87,72 DM in Westdeutschland und 71,40 DM in Ostdeutschland festgesetzt. Vom 30. Lebensjahr an können sich Studenten als freiwillige Mitglieder in der GKV versichern und unterliegen auch deren Beitragsregelungen.

Die Beiträge der Mitglieder in der GKV werden nach einem kassenspezifischen Beitragssatz anteilmäßig auf die beitragspflichtigen Einkommen entrichtet. Nach §241ff. SGB V unterscheidet man in der GKV grundsätzlich drei Arten von Beitragssätzen. Es handelt sich hierbei um den allgemeinen, den ermäßigten und den erhöhten Beitragssatz. Der erhöhte Beitragssatz wird bei Versicherten ohne Anspruch auf Fortzahlung ihres Arbeitsentgelts oder auf Zahlung einer die Versicherungspflicht begründenden Sozialleistung angewendet. Dies sind i.d.R. Selbständige mit Anspruch auf Krankengeld von ihrer Krankenkasse. Der ermäßigte Beitragssatz ist von Versicherten ohne Anspruch auf

Krankengeld zu entrichten. Dies betrifft vorwiegend Rentner, die freiwillige Mitglieder in der GKV sind. Der allgemeine Beitragssatz gilt für alle restlichen Versicherten.

Die Einnahmeseite der GKV wird im wesentlichen von der Anzahl der Beitragszahler, der Höhe der beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied (Bemessungsgrundlage) und dem durchschnittlichen Beitragssatz bestimmt. Sieht man von der relativ unbedeutenden Position „sonstige Einnahmen“ ab, so gilt die Formel:

$$\text{Beitragseinnahmen} = \text{Anzahl Beitragszahler} * \text{beitragspflichtige Einnahmen} * \text{kassenspezifischer Beitragssatz}$$

In der GKV werden – im Gegensatz zum einheitlichen Beitragssatz in der GRV – die Beitragssätze kassenspezifisch kalkuliert. Diese werden im wesentlichen durch die kassenspezifischen Leistungsausgaben, die Zahl der jeweiligen Beitragszahler und die Höhe der beitragspflichtigen Einnahmen der jeweiligen Mitglieder bestimmt. Der Beitragssatz ist so zu bemessen, dass zusammen mit den sonstigen Einnahmen die vorgesehenen Ausgaben und die vorgeschriebene Rücklage gedeckt werden kann.<sup>16</sup> Nach dem Grundsatz der Beitragssatzstabilität (§71 SGB V), soll der Beitragssatz konstant bleiben, wenn die GKV-Ausgaben nicht stärker steigen als die versicherungspflichtigen Einkommen. Bei stärker steigenden Ausgaben aber gleichbleibenden Einnahmen, muss der Beitragssatz angepasst werden (§220 Abs. 2 SGB V). In der GKV wird damit das Umlageverfahren angewendet.

Für die Ausgabenseite der GKV ist das beitragspflichtige Gesamteinkommen der Mitglieder eine wichtige Eckzahl, da deren jährliche Wachstumsrate das Ausmaß der Kostendämpfungsmaßnahmen bzw. der sektoralen Budgets bestimmt (einnahmenorientierte Ausgabenpolitik § 141 Abs. 2 SGB V).<sup>17</sup>

---

<sup>16</sup> Gesetzliche Krankenkassen sind Körperschaften des öffentlichen Rechts und dürfen nicht gewinnorientiert arbeiten. Laufende Einnahmen können nur als Betriebsmittel für laufende Ausgaben oder zur Auffüllung einer Rücklage verwendet werden. Diese Rücklage ist nur bis zu einem bestimmten Maß aufzufüllen; es muss nur die Voraussetzung einer soliden Einnahmebasis erfüllt sein. Damit ist es der GKV nicht möglich wie in der PKV, zusätzliche Vorsorge gegen demographische Veränderungen zu betreiben (vgl. §259 ff. SGB V)

<sup>17</sup> So sind im Jahr 2000 die Gesamtvergütungen der niedergelassenen Ärzte entsprechend dem Grundsatz der Beitragssatzstabilität um die bundesdurchschnittliche Veränderungsrate der Grundlöhne der Mitglieder der Krankenkassen, d.h. um 1,43%, angestiegen (BMG 2001).

Da die Faktoren, die für die finanzielle Situation maßgeblich sind, je nach Kasse variieren, sind somit auch die Beitragssätze je nach Krankenkasse unterschiedlich. 2003 reichte die Spanne zwischen den Beitragssätzen aller wählbaren Einzelkassen von 10,2% bis maximal 15,7% (BMGS 2003a) (Tabelle 3). Mehr als 90% aller Mitglieder in der GKV haben jedoch nur eine Abweichung von weniger als einem Beitragssatzpunkt vom durchschnittlichen Beitragssatz.<sup>18</sup>

**Tabelle 3: Durchschnittlicher allgemeiner Beitragssatz<sup>1</sup> nach Kassenart 2003**

	Insgesamt <sup>2</sup>		Orts-		Betriebs-		Innungs-		Ersatzkas- sen <sup>3</sup>	
	-krankenkassen									
Angaben in %										
Alte Länder	14,32		14,61		13,55		14,48		14,65	
Neue Länder	14,10		13,84		13,56		13,95		14,80	
Deutschland	14,28		14,47		13,56		14,33		14,68	
<i>nachrichtlich: Beitragssatz- unterschied</i>	min.	max.	min.	max.	min.	max.	min.	max.	min.	max.
	10,2	15,7	12,9	15,5	10,2	15,7	12,7	15,7	13,7	15,2

Quelle: BMGS (2003a: 2).

<sup>1</sup> Stand 1. Juni 2003

<sup>2</sup> inklusive Seekasse und Bundesknappschaft

<sup>3</sup> Ersatzkassen der Arbeiter und Angestellten

Die Beitragshöhe ist unabhängig von Alter, Geschlecht und individuellem Gesundheitszustand des Versicherten. Beitragssatzdifferenzen ergeben sich jedoch unter anderem aufgrund unterschiedlicher Risikostruktur der Versichertenpopulation. Durch den sogenannten Risikostrukturausgleich (RSA) werden die fiskalischen Konsequenzen kassenspezifischer Abweichungen der Versichertenpopulation ausgeglichen, da Kassen mit vorwiegend jungen, gesunden und einkommensstarken Mitgliedern Ausgleichszahlungen an Kassen mit ungünstigerer Risikostruktur leisten.<sup>19</sup>

Nach dem Grundsatz der paritätischen Finanzierung, werden Krankenversicherungsbeiträge von pflichtversicherten Arbeitnehmern jeweils hälftig vom Arbeitgeber und vom Arbeitnehmer entrichtet (§249 SGB V). Bei Rentnern trägt der Rentenversicherungsträger die Hälfte des Krankenversicherungsbeitrags (§249a SGB V). Bei freiwillig Versicherten mit einem Einkommen oberhalb der BBG zahlt der Arbeitgeber einen Beitrags-

<sup>18</sup> Angaben für das Jahr 1999 (VdAK 2001: 52). Dieser Anteil variiert seitdem nur geringfügig.

<sup>19</sup> Der RSA kann so als ex-post Harmonisierung aufgefasst werden, da die durchschnittlichen GKV Ausgaben erstattet werden (vgl. §266 SGB V).

zuschuss in Höhe der Hälfte des Beitrags eines versicherungspflichtig Beschäftigten der selben Krankenkasse (§257 SGB V).

Familienangehörige werden in der GKV beitragsfrei mitversichert, dies sind Kinder bis zum Alter von 18 Jahren und Ehepartner ohne eigenes versicherungspflichtiges Einkommen (§3 Satz 3 und §10 SGB V).<sup>20</sup>

#### **2.1.4 Zuzahlungsregelungen**

Neben den eigentlichen Krankenversicherungsbeiträgen werden die Versicherten der GKV bei Leistungsanspruchnahme in Form von Zuzahlungen und Selbstbeteiligungen zusätzlich finanziell belastet (Tabelle 4). Das gesamte Zuzahlungsvolumen in der GKV machte nach Schätzungen des BMG im Jahre 1998 rund 6,1 bis 6,6 Mrd. Euro aus, was einem Anteil an den GKV Leistungsausgaben von rund 5,3% entspricht (o.V. 1998).<sup>21</sup>

Zur Vermeidung sozialer Härten aufgrund von Zuzahlungen und Selbstbeteiligungen regelt §61 SGB V (Härtefallregelung, Sozialklausel) die Befreiung einkommensschwacher Personengruppen von Selbstbeteiligungen.<sup>22</sup> Daneben gilt eine generelle Befreiung von der Zuzahlungspflicht für Kinder bis zum Alter von 18 Jahren.<sup>23</sup> Chronisch Kranke, die mindestens 1% ihres Bruttoeinkommens für Arzneimittel, nichtärztliche medizinische Behandlung und Krankentransport aufwenden, sind für die Dauer der chronischen Erkrankung von weiteren Zuzahlungen ausgenommen. Für alle anderen GKV-Mitglieder ist die Zuzahlung für Arzneimittel, nichtärztliche medizinische Behandlung und Krankentransport (nicht jedoch für stationäre und rehabilitative Maßnahmen) auf maximal 2% des Bruttoeinkommens für Alleinstehende begrenzt (§62 Abs. 1 SGB V: Überforderungsklausel).

---

<sup>20</sup> Voraussetzung hierfür ist, dass die Versicherten ihren gewöhnlichen Wohnsitz in Deutschland haben und das monatliche Einkommen unter der Geringfügigkeitsgrenze liegt (Stand 2002: 335Euro).

Die Altersgrenze für Kinder steigt bis auf das vollendete 23. Lebensjahr, wenn das Kind nicht erwerbstätig ist und bis auf das vollendete 25. Lebensjahr bei Vorliegen einer Ausbildung, einem freiwilligen sozialen oder ökologischen Jahr. Behinderte Kinder sind unter besonderen Voraussetzungen ohne Altersbegrenzung beitragsfrei. Beitragsfreiheit liegt auch bei Bezug von Krankengeld, Mutterschaftsgeld oder Erziehungsgeld vor (§192b Abs. 1 Nr. 2 und §224 SGB V).

<sup>21</sup> Dabei entfiel auf die einzelnen Leistungsbereiche folgendes Zuzahlungsvolumen: Arzneimittel (2,7 Mrd. Euro), Zahnersatz (2,2 Mrd. Euro), Krankenhaus (0,7 Mrd. Euro), Heilmittel und Hilfsmittel (0,5 Mrd. Euro), Stationäre Kuren (0,1 Mrd. Euro) und Fahrtkosten (0,1 Mrd. Euro).

<sup>22</sup> Die Einkommensgrenze im Jahr 2001 betrug monatlich bei einzelnen Personen 1792 DM, bei Ehepaaren 2464 DM und bei Familien mit einem Kind 2912 DM Arbeitseinkommen. Mit jedem weiteren Kind erhöht sich die Befreiungsgrenze jeweils um jeweils 448 DM (BMG 2001). Im Jahre 1998 waren rund 9,8 Mio. Personen als Härtefälle von Zuzahlungen befreit (Klose und Schellschmidt 2001: 16).



**Tabelle 4: Zuzahlungen in der Gesetzlichen Krankenversicherung**

Gültig ab dem 1.1.2001

Krankenkassenleistungen	Zuzahlungshöhe	Befreiungsmöglichkeiten
Arzneimittel	8 / 9 / 10 DM je Medikament, gestaffelt nach Packungsgröße	a / b / c / d
Verbandmittel	8 DM für jedes Mittel	a / b / c
Fahrkosten	25 DM pro Fahrt	a / b / c
Heilmittel (z.B. Massagen, Krankengymnastik) auch bei Abgabe in der Arztpraxis	15 % der Kosten	a / b / c / d
Hilfsmittel: Bandagen, Einlagen, Kompressionstherapie	20 % der Kosten, die die Krankenkasse übernimmt	a / d
Krankenhausbehandlung	17 DM pro Kalendertag für höchstens 14 Tage	Keine, nur Kinder befreit
Stationäre Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen, Mütterkuren	17 DM pro Kalendertag	a / d
Anschlussrehabilitation einschließlich stationärer Rehabilitationsmaßnahmen mit Indikationenkatalog	17 DM pro Kalendertag für höchstens 14 Tage	a / d
Zahnersatz	50 % der Kosten ohne Bonus 35 % der Kosten bei Nachweis langjähriger Pflege	a und gleitende Überforderungsklausel
Befreiungsmöglichkeiten: a) Sozialklausel b) Überforderungsklausel: wer mehr als 2 % seines Jahresbruttoeinkommens für Zuzahlungen aufwendet c) Dauerhaft Kranke: wer mehr als 1 % seines Jahresbruttoeinkommens für Zuzahlungen aufwendet d) Kinder		

Quelle: Gesetz zur Rechtsangleichung in der gesetzlichen Krankenversicherung. BMG:

<http://www.bmgesundheit.de/themen/gkv/haerte/haerte2.htm> vom 13.3.2002.

### 2.1.5 Ausgewählte Defizite und strukturelle Probleme der GKV

Neben den Ausgaben- und Einnahmenproblemen – auf die im weiteren noch genauer eingegangen wird – weist die GKV auch strukturelle Defizite auf. Zentraler Kritikpunkt am System der GKV stellt der fehlende oder mangelnde Wettbewerb aufgrund gesetzlich vorgeschriebener einheitlicher Vertragsgestaltung dar, da Krankenkassen nicht die Möglichkeit haben, sich mit ihren Leistungen voneinander abzugrenzen (Schmeink 1996). Weiterer Kritikpunkt stellt die statusabhängige Zwangsmitgliedschaft in der GKV dar, bei der bestimmte Versichertengruppen explizit ausgeschlossen werden (so z.B. Beamte oder Selbständige).

Ein Überdenken der Finanzierung des Krankenversicherungssystems – insbesondere der GKV – leitet sich aus allokativen und distributiven Mängeln ab. Als distributive Mängel sind unter anderem die mangelnde Beitragsgerechtigkeit in der GKV zu nennen. So werden Ehepaare mit zwei versicherungspflichtigen erwerbstätigen Partnern stärker mit Krankenversicherungsbeiträgen belastet als Einverdienerehepaare mit gleich hohem Einkommen. Als weiteren distributiven Mangel ist die einseitige Orientierung der Be-

<sup>23</sup> Davon ausgenommen sind Zahnersatz und Krankentransporte.

messungsgrundlage am Erwerbseinkommen zu nennen. Versicherte, die Lohneinkommen beziehen, werden gegenüber Versicherten, die Vermögenseinkommen beziehen benachteiligt.

Die Ausgestaltung des sozialen Ausgleichs in der GKV ist ein weiterer Kritikpunkt. Die GKV sei ineffizient, da der soziale Ausgleich nicht in erforderlichem Maße funktioniere (Lutz und Schneider 1998). Als äußerst gering wird die vertikale Effizienz, d.h. der hohe Anteil von Leistungen an nicht bedürftige Haushalte, angesehen. Ebenso werden durch den sozialen Ausgleich nicht alle bedürftigen Haushalte erreicht (geringe horizontale Effizienz). Einige Bedürftige werden durch den sozialen Ausgleich sogar be- anstatt entlastet.<sup>24</sup>

Problematisch ist eine bevorstehende Rationierung von Gesundheitsleistungen durch die eingeführte Budgetierung. Von ärztlicher Seite wird wiederholt daraufhingewiesen, dass bei der Durchsetzung von Budgets nicht genügend Mittel für eine ausreichende gesundheitliche Versorgung zur Verfügung stehen und es dementsprechend zu Wartelisten oder zu einer Rationierung der Gesundheitsleistungen insbesondere im Arzneimittelbereich kommen werde.

Als allokativer Mangel kann die fehlende Äquivalenz zwischen Mittelaufbringung und Mittelverwendung aufgeführt werden, da der eigentliche Versicherungscharakter in seiner ursprünglichen Bedeutung verloren gegangen ist. Weniger als 5% der Ausgaben für Gesundheit in der GKV sind Lohnersatzleistungen. Zudem werden individuelle Präferenzen durch das einheitliche Versicherungssystem vernachlässigt.

#### **2.1.6 Vorteile des bestehenden Systems der gesetzlichen Krankenversicherung**

Neben vielzähliger Kritikpunkte an der GKV lassen sich grundsätzlich auch positive Aspekte aufzählen. Hierzu zählt ein universeller Zugang zu einer medizinisch hochwertigen Versorgung mit hoher Verfügbarkeit. Die Leistungsgewährung orientiert sich an dem Bedarfsprinzip. Es herrscht annähernd eine Vollversicherung, da knapp 90% der Gesamtbevölkerung in der GKV versichert sind.

Die Finanzierung der Gesundheitsausgaben orientiert sich nach dem Leistungsfähigkeits- und Solidaritätsprinzip und garantiert keine ökonomische Überforderung der Versicherten im Krankheitsfalle. Die eigentliche Versicherungsaufgabe – der Solidar-

---

<sup>24</sup> Die fehladressierten Leistungen durch den sozialen Ausgleich in der GKV werden auf über 19 Mrd. DM für das Jahr 1989 beziffert (Lutz und Schneider 1998).

ausgleich zwischen Gesunden und Kranken – wird so sichergestellt.<sup>25</sup> Die einkommensproportionale Beitragskalkulation gewährleistet eine gleichmäßige finanzielle Belastung aller Mitglieder. Die Bemessungsgrundlage besteht im wesentlichen aus den primären Einkommensquellen der Versicherten und sichert damit – sieht man von Zeiten hoher Arbeitslosigkeit ab – einen dauerhaft hohen Zufluss an Beitragseinnahmen. Das Umlageverfahren garantiert einen inflations- und wechselkurssicheren und konstanten Mittelzustrom. Durch den geringen Staatsanteil an der Finanzierung kommt es nicht zu einer Beeinträchtigung durch die Situation des Staatshaushalts. Der Anteil der Zuzahlungen und Selbstbeteiligungen macht nur rund 5% der gesamten Leistungsausgaben aus, wobei durch Überforderungsklauseln und Zuzahlungsbefreiungen finanzielle Überforderungen der Patienten vermieden werden.

Die Gesundheitsversorgung wird ohne wesentliche Wartezeiten bei der Inanspruchnahme von Leistungen durchgeführt. Als Vorteil des ansonsten viel beklagten fehlenden Wettbewerbs muss es angesehen werden, dass die gesundheitliche Versorgung in der GKV durch ein einfaches überschaubares System mit einheitlichem Leistungsangebot gekennzeichnet ist. Es herrscht hohe Versorgungsgerechtigkeit, da die Leistungsgewährung unabhängig vom sozialen Status des Versicherten, seinem Wohnort, seinem Einkommen, Geschlecht oder Alter erfolgt. Aufgrund des Sachleistungsprinzips ist die GKV für den Versicherten ein einfaches transparentes System und bedarf keiner Vorfinanzierung bei Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen. Dadurch kann unter anderem der Verwaltungskostenanteil mit etwa 5% der Beitragseinnahmen vergleichsweise gering gehalten werden. Für die Versicherten besteht keine Beschränkung der freien Wahl unter den zugelassenen Ärzten, die Zahl der Arztkontakte ist nicht limitiert, und es herrscht freier Zugang zur Notversorgung in Krankenhäusern. Die GKV ist staatsfern organisiert. Durch die Selbstverwaltung tragen Arbeitgeber, Versicherte, Krankenkassen und Leistungserbringer gemeinsam Verantwortung für die Kosten von Gesundheit und die Entwicklung des Gesundheitssystems (vgl. auch Glaeske et al. 2001).

Die GKV leistet damit einen wichtigen Beitrag zur Erhaltung der sozialen Kohärenz der Gesellschaft und hat damit eine Bedeutung, die weit über die eigentliche Gesundheitsversorgung hinausgeht (vgl. Rosenbrock 1999: 14 und Ullrich 1999).

---

<sup>25</sup> Die beitragsfreie Familienversicherung wird hierbei als wichtiger Bestandteil des Solidarausgleichs angesehen, wenn auch, wie oben beschrieben, die beitragsfreie Mitversicherung nicht erwerbstätiger Ehepartner verteilungspolitisch problematisch ist.

## 2.2 Private Krankenversicherung

### 2.2.1 Grundprinzipien und Finanzierung

Bis zum Ende des Jahres 2001 waren rund 7,7 Mio. Personen in der privaten Krankenversicherung (PKV) über eine Krankheitsvollversicherung versichert. Die gesamten Beitragseinnahmen für die Krankheitsvollversicherung beliefen sich im selben Jahr auf 14,7 Mrd. DM (PKV 2002b: 25).

Die Prämien in der PKV werden nach dem Äquivalenzprinzip kalkuliert. Danach soll die Summe der gesamten Versicherungsleistungen, die ein Versicherer zu erbringen hat, einschließlich der Verwaltungskosten, dem gesamten Prämienaufkommen entsprechen.<sup>26</sup> Grundlage für die Bestimmung der Prämien ist die risikogerechte Kalkulation, die sich nicht am individuellen Risiko orientiert, sondern von dem Risiko einer Gruppe mit gleichartigen Risiken abhängig ist (vgl. auch Kalkulationsverordnung der PKV (KalV)). Es findet aber keine gezielte interpersonelle Umverteilung statt. Gleichartige Risiken beinhalten in der Regel Tatbestände wie gleiches Eintrittsalter, vergleichbarer versicherter Leistungsumfang oder gleiches Geschlecht. Bestehen Vorerkrankungen können Risikozuschläge oder Leistungsausschlüsse bei Vertragsabschluss vorgenommen werden.

Eine Krankenversicherung bei der PKV beruht auf Freiwilligkeit, es besteht kein Kontrahierungszwang. Hochrisikogruppen wie z.B. Aids- oder Dialysepatienten können von der PKV abgelehnt werden. Die Versicherungsverträge sind i.d.R. auf Lebenszeit angelegt. Die PKV sieht grundsätzlich ein Aufnahmehöchstalter vor. In der Regel beträgt es 65 bzw. 70 Jahre.<sup>27</sup> Es wird keine Familienversicherung gewährt, sondern jeder Versicherte schließt einen eigenständigen Vertrag ab.

In der PKV wird das Kapitaldeckungs- bzw. Anwartschaftsdeckungsverfahren angewendet, welches alterskonstante Beiträge über den gesamten Versicherungszeitraum gewährleisten soll. Die Beitragseinnahmen werden zur Deckung der aktuellen Leistungsausgaben und zur Bildung einer Rückstellung für künftige Versicherungsleistungen verwendet. Die Nettoprämie wird zum Zeitpunkt des Vertragsabschlusses unter der Annahme gleichbleibender Rechnungsgrundlagen so bestimmt, dass sie an sich für jeden Versicherten ein Leben lang konstant sein soll. Da die Ausgaben für Gesundheit

---

<sup>26</sup> Die gesetzlichen Grundlagen der Beitragskalkulation in der PKV sind durch die §§11 und 12 des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG) geregelt. Rechtliche Grundlage für Versicherungsverträge bildet das Versicherungsvertragsgesetz (VVG), insbesondere §§ 178a-178o VVG.

mit dem Alter ansteigen, die Beiträge aber konstant gehalten werden, werden jüngere Versicherte zu höheren Prämienzahlungen herangezogen, als zur Deckung der Ausgaben notwendig wäre. Der sich ergebende Sparanteil wird verzinst. Die über den Lebensverlauf angesammelten Sparanteile und die Verzinsung ergeben zusammen die Alterungsrückstellung.<sup>28</sup> Durch allmähliche Auflösung der Alterungsrückstellung sollen auf diese Weise die steigenden Ausgaben bei höherem Lebensalter ausgeglichen werden. Steigen die Leistungsausgaben jedoch stärker als zum Vertragsabschluss prospektiv angenommen, ist eine Prämienhöhung notwendig (vgl. auch Langer et al. 2002).

Im Unterschied zur GKV bietet die PKV Versicherungskonditionen, die die Leistungsanspruchnahme beeinflussen soll. Es handelt sich dabei unter anderem um Selbstbehalte oder Beitragsrückerstattungen, um eine individuelle Gestaltung des Versicherungsumfangs und um das Prinzip der Kostenerstattung. Bei der Beitragsrückerstattung werden dem Versicherten bei Nichtinanspruchnahme von Leistungen Beiträge direkt ausgezahlt oder für eine Verrechnung bei Beitragsanpassungen verwendet.<sup>29</sup> Der Versicherungsumfang kann frei gewählt werden, so dass die PKV neben der Krankheitsvollversicherung diverse Zusatzversicherungen (Krankentagegeld-, Krankenhauswahlleistungs-, Krankenhaustagegeld-, Pflegezusatz-, ambulante Zusatz-, Auslandsreisekranken- oder sonstige selbständige Teilversicherungen) anbietet.<sup>30</sup>

### **2.2.2 Ausgewählte Defizite und strukturelle Probleme der PKV**

Auch die PKV ist von steigenden Ausgaben im Gesundheitsbereich betroffen.<sup>31</sup> Die Beiträge zur PKV werden zwar so kalkuliert, dass sie über den Versicherungszeitraum eines einzelnen Versicherten konstant gehalten werden sollen, doch kommt es regelmäßig zu Prämienhöhungen (vgl. Unabhängige Expertenkommission 1996). Die Nettoprämie darf nur auf Grundlage jeweils aktueller Sterbetafeln, des Rechnungszinses und

---

<sup>27</sup> Vgl.: [www.versicherungsnetz.de](http://www.versicherungsnetz.de) vom 23.7.2002.

<sup>28</sup> Die Alterungsrückstellungen in der PKV belaufen sich in 2001 auf rund 68 Mrd. € (PKV 2002b: 34).

<sup>29</sup> Das Prinzip der Beitragsrückerstattung ist seit dem GSG 1993 auch für die GKV zugelassen, bedarf aber der Zustimmung der Versicherten. Bisher hat nur eine geringe Zahl von Versicherten von dieser Möglichkeit Gebrauch gemacht.

<sup>30</sup> Zum Ende des Jahres 2001 hatte die PKV mehr als 14. Mio. Versicherungsverträge für Zusatzversicherungen. Da jeder Versicherungsvertrag einzeln gezählt wird, ist eine genaue Bestimmung der Versichertenzahl schwierig. Nach Angaben des Mikrozensus aus dem Jahre 1999 haben rund 6 Mio. Personen in Deutschland eine private Zusatzversicherung abgeschlossen.

<sup>31</sup> Zwischen 1980 und 1988 kletterten die Ausgaben der PKV für ambulante Behandlung um 59,6% und für stationäre Behandlung um 74,1%. Verglichen mit der GKV war die PKV davon überdurchschnittlich betroffen, da die GKV nur Ausgabensteigerungen von 41,5% bzw. 60,0% verzeichnete. Die Ausgabensteigerungen im Bereich des Zahnersatzes und der Zahnbehandlung fallen noch deutlicher zuungunsten

der Stornowahrscheinlichkeit kalkuliert werden. Diese Rechnungsgrundlagen unterstellen damit nur die durchschnittliche Lebenserwartung vorangegangener Generationen und berücksichtigen nicht die steigende Lebenserwartung. Künftige Kostensteigerungen im Gesundheitswesen – z.B. bedingt durch den medizinisch-technischen Fortschritt – dürfen ebenso in der Prämienkalkulation keine Berücksichtigung finden. Dies führt dazu, dass sogenannte Altverträge durch Kostensteigerungen überproportional betroffen sind, da der erforderliche Kapitalstock für die Altersrückstellung zu gering kalkuliert wird. Da bei Altverträgen der Zeitraum zum Aufbau eines Kapitalstocks geringer ist als bei Neuverträgen, müssen überproportional höhere Prämien entrichtet werden, um dieses Defizit auszugleichen. Der medizinisch-technische Wandel und die steigende Lebenserwartung stellen so auch für die PKV unkalkulierbare Risiken für die Prämiengestaltung dar (Deutscher Bundestag 1998).

Um überproportionale Prämiensteigerungen im Alter zu vermeiden, ist die PKV seit dem 1.7.1994 verpflichtet, für Versicherte oberhalb von 65 Jahren einen Standardtarif anzubieten, der Leistungen in vergleichbarem Umfang wie in der GKV bietet und weitgehend Prämienstabilität gewährleistet (vgl. §257 SGB V).<sup>32</sup> Eine weitere Maßnahme zur künftigen Abmilderung von Beitragsanpassungen in der PKV betrifft die Einführung eines zusätzlichen Kapitalstocks. So sind seit dem 1.1.2000 alle (Neu-)versicherten bis zum Alter von 60 Jahren verpflichtet, einen zehnprozentigen Zuschlag auf ihren Beitrag zu entrichten (vgl. § 12 Abs. 4 a VAG: PKV 2002a: 50). Eine weitere Maßnahme betrifft die Rückstellung für erfolgsunabhängige Beitragsrückerstattungen, die nach §12a Abs. 3 VAG für die Zuführung zur besonderen Entlastung älterer Versicherter verwendet werden müssen.<sup>33</sup> Da somit in der PKV auch Umlagebestandteile Anwendung finden, ist diese auch von der künftigen demographischen Entwicklung betroffen. Die PKV ist auf einen stetigen Zuwachs an jungen Versicherten angewiesen, um über diese Umlagefinanzierung die Beitragsbelastung der älteren Versicherten nicht übermäßig ansteigen zu lassen. Durch die Anhebung der Versicherungspflichtgrenze in 2003 und die eingeschränkte Rückkehrmöglichkeit zur GKV, wird es so unter anderem zu einer Ver-

---

der PKV aus (Kühn 1995). Dieser Trend setzt sich auch für die folgenden Jahre fort, bei der die Leistungsausgaben der PKV immer deutlich über denen der GKV lagen (PKV 1998).

<sup>32</sup> Die Prämien im Standardtarif sind an dem durchschnittlichen Höchstbeitrag der GKV – in 2001 887,40 DM in den alten und 893,93 DM in den neuen Bundesländern – gekoppelt (PKV 2002: 13). Dieses Angebot wird aber nur sehr eingeschränkt von den Versicherten angenommen. In 2001 waren lediglich 6507 von den mehr als 7 Mio. Privatversicherten im Standardtarif versichert (PKV 2002: 16).

<sup>33</sup> 1997 machten diese Zuführungen 265,8 Mio. DM aus (PKV 1998).

schärfung der Ausgabenentwicklung und notwendigen Beitragsanpassungen in der PKV kommen.

Neben überproportional steigenden Gesundheitsausgaben im Vergleich zur GKV liegen auch die Kosten für den laufenden Versicherungsbetrieb merklich über denen der GKV. Während die GKV einen Verwaltungskostenanteil von lediglich 5% aufweist, werden ca. 15% der Beitragseinnahmen in der PKV für Verwaltungsaufgaben ausgegeben.<sup>34</sup>

Wichtigster Kritikpunkt an der PKV ist ein fehlender Wettbewerb, der sich durch Fehlen von Bestandskonkurrenz äußert. Darunter versteht man das Problem des unzureichenden Wettbewerbs, der durch die fehlende Portabilität von individuellen Alterungsrückstellungen im Falle einer Vertragskündigung entsteht. Da mit längerer Vertragsdauer die Alterungsrückstellung ansteigt, ist bei fehlender Portabilität ein Wechsel zu einer anderen PKV praktisch ausgeschlossen, da bei Neuvertragsabschluss deutlich höhere Prämien zu entrichten wären.<sup>35</sup>

### **2.2.3 Vorteile der privaten Krankenversicherung**

Die Stärken der PKV liegen in der Absicherung des künftigen Krankheitsrisikos durch das kapitalgedeckte Anwartschaftsverfahren, womit im Prinzip ein Ansteigen der Prämienbelastung vermieden werden kann. Da die Prämien nicht wie in der GKV abhängig vom Erwerbseinkommen sind, sondern sich aus dem gesamten Einkommen der Versicherten speisen, ist die PKV wesentlich unempfindlicher gegenüber Veränderungen am Arbeitsmarkt.

Die PKV bietet den Versicherten eine Vielzahl von Versicherungstarifen, die den individuellen Präferenzen der Versicherten in Form von Selbstbeteiligungs-, Zu- oder Abwahlmodellen entgegenkommen. Selbstbehalte in der PKV stellen eine geeignete Möglichkeit dar, die Inanspruchnahme von nicht notwendigen Gesundheitsleistungen zu reduzieren und damit die Gesundheitsausgaben respektive die Prämiensteigerungen gering zu halten. Letztlich gilt für die PKV, dass diese ebenso wie die GKV einen Zugang zu einer umfassenden und hochwertigen Gesundheitsversorgung für ihre Versicherten gewährleistet.

---

<sup>34</sup> Vgl. Schwartz und Busse (1994), BMGS (2003d). Die Netto-Verwaltungskosten betrugen für die Betriebskrankenkassen in Westdeutschland 1996 sogar nur 1,92% (Krauskopf 1998).

<sup>35</sup> Zur Problematisierung der Portabilität von Alterungsrückstellungen, vgl.: Wasem (1996) oder Scholz et al. (2001).

## 2.3 Das Beihilfesystem

Die Beihilfe ist eine eigenständige beamtenrechtliche Krankenfürsorge, die der Versicherungsfreiheit der Beamten in der GKV Rechnung trägt. Gesetzliche Grundlage für die Beihilfe ist §79 Bundesbeamtengesetz (BBG) in Verbindung mit den Beihilfevorschriften des Bundes (BhV).

Anspruch auf Beihilfe (nach §§ 2 und 3 HBeihVO) haben Beamte, Richter, Ruhestandsbeamte, Witwen, Witwer und – mit Einschränkungen – auch Angestellte, Arbeiter und Auszubildende. Weiterhin beihilfeberechtigt sind die sogenannten berücksichtigungsfähigen Angehörigen des Beihilfeberechtigten (Ehegatte, Kinder).<sup>36</sup>

Beihilfe wird gewährt in Geburts-, Krankheits-, Pflege- und Todesfällen. Sie ist die Fürsorgeleistung des Dienstherrn für seine Beamten und ersetzt damit Zuschüsse des Arbeitgebers zum Krankenversicherungsbeitrag wie sie Arbeitnehmern gewährt werden. Sie ergänzt damit die von den Beamten zu treffende Eigenvorsorge. Beamte müssen deshalb für die durch die Beihilfe nicht gedeckten Kosten selbst Vorsorge treffen. Hierfür bietet die PKV Versicherungsschutz in Form von speziellen Beihilfetarifen an. Seit dem 1. Januar 1987 besteht quasi eine direkte Zuweisung der Beamten zur PKV.<sup>37</sup>

Die Beihilfe wird nach einem Prozentsatz der beihilfefähigen Aufwendungen (Bemessungssatz) und einem eventuellen Abzug vorrangiger Leistungen bemessen. Der Beihilfebemessungssatz beträgt für den Beihilfeberechtigten 50%, bei zwei oder mehr berücksichtigungsfähigen Kindern 70%. Für Ehepartner und Versorgungsempfänger gilt ein Satz von 70% und für versorgungsberechtigte Kinder 80%.

Durch die Beihilfe waren rund 4,6 Mio. Beamte im Jahre 2001 abgesichert (eigene Berechnungen auf Basis des SOEP). Rund 3 Millionen Angestellte im öffentlichen Dienst hatten darüber hinaus Anspruch auf Beihilfe. Die gesamten Beihilfezahlungen der öffentlichen Arbeitgeber (Bund und Länder) beliefen sich im Jahre 2001 auf rund 7,5 Mrd. € (Henke, et al. 2002: 206).<sup>38</sup>

---

<sup>36</sup> Üben Beamte neben ihrer Haupttätigkeit noch eine Zweitbeschäftigung bei einem privaten Arbeitgeber aus, so sind sie in dieser Beschäftigung generell krankenversicherungsfrei (§ 6 Abs.1 Nr.2 SGB V), jedoch renten- und arbeitslosenversicherungspflichtig.

<sup>37</sup> Nach §9 SGB V gehören Beamte nicht zum versicherungsberechtigten Personenkreis der GKV (vgl. auch Gesundheitsreformgesetz).

<sup>38</sup> Da die Finanzierung der Beihilfe vollständig aus den Haushalten des Bundes und der Länder gedeckt wird, besteht vorrangig kein Finanzierungsproblem. Die zunehmende Zahl von Beamten führt aber zu einer Ausweitung der Ausgabenbelastung. Analysen zu den fiskalischen Konsequenzen einer Aufhebung des Beihilfesystems und einer eventuellen Integration in die GKV liegen nicht vor. Es stellt sich aber die



## 2.4 Freie Heilfürsorge

Der Anteil der Eigenvorsorge eines Arbeitnehmers (i.d.R. eines Beamten) kann in Einzelfällen auch vollständig vom Dienstherrn übernommen werden, so dass kostenfreie Heilfürsorge gewährt wird. Dies ist dann der Fall, wenn Beihilfeberechtigte in ihrem Beruf besonderen Gefahren ausgesetzt sind. Berücksichtigungsfähige Angehörige dieser Berechtigten erhalten aber nur im Rahmen der gewöhnlichen Beihilferegelungen Unterstützung vom Dienstherrn. Anspruch auf Freie Heilfürsorge haben folgende Personengruppen:

- Soldaten (Berufssoldaten, Soldaten auf Zeit, Wehrpflichtige)
- Bundesgrenzschutzbeamte,
- Polizeibeamte während ihrer Ausbildung und Polizeibeamte während ihrer gesamten aktiven Dienstzeit in folgenden Bundesländern: Baden-Württemberg, Bremen, Hamburg, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Schleswig-Holstein und alle neuen Bundesländer.

Im Jahre 1995 (BMA 1997) waren 605.000 Personen durch die Freie Heilfürsorge kostenfrei mit Krankenversicherungsschutz versorgt.<sup>39</sup>

## 2.5 Krankenversicherungsschutz über das Sozialamt und besondere Sicherungsformen

Personen, die laufende Hilfe zum Lebensunterhalt im Rahmen der Sozialhilfe erhalten, haben nur direkten Anspruch auf Versicherungsschutz in der GKV, sofern bestimmte Vorversicherungszeiten vorlagen.<sup>40</sup> Rund ein Fünftel (550.000 Personen) von ihnen erfüllt diese Voraussetzungen für die GKV-Mitgliedschaft nicht (Schleswig-Holsteinisches Ärzteblatt 2002: 19). Für ihre Behandlungen kommen direkt die Sozialhilfeträger (Städte und Gemeinden) mit mehr als 1,2 Milliarden Euro pro Jahr auf. Damit wird dieser Personengruppe faktisch steuerfinanzierter Krankenversicherungs-

---

Frage, ob eine solche Reform – mit der Umstellung auf einen normalen Arbeitgeberbeitrag – nicht insgesamt (auf Dauer) kostengünstiger für die öffentlichen Haushalte wäre.

<sup>39</sup> Zu den Ausgaben der Freien Heilfürsorge liegen keine Angaben vor.

<sup>40</sup> Um als Bezieher von Sozialhilfe in der GKV versichert zu werden, muss eine mindestens einjährige ununterbrochene Vorversicherungszeit vorliegen oder in den zurückliegenden fünf Jahren mindestens 24 Monate GKV-Mitgliedschaft bestanden haben.

schutz gewährt. Die Besonderheit hierbei liegt darin, dass Versicherungsleistungen nicht der Budgetierung unterliegen, und damit eine "bessere" Gesundheitsversorgung als in der GKV (z.B. keine Beschränkung bei der Abgabe von Arzneimitteln) gewährt wird. Zudem sind Sozialhilfeempfänger von Zuzahlungen jeglicher Art befreit.

Der Deutsche Städte- und Gemeindebund (DStGB 2003) fordert seit geraumer Zeit eine allgemeine Versicherungspflicht auch für diesen Teil der Bevölkerung, vor allem um die Finanzierung auf die Versichertengemeinschaft der GKV zu übertragen..

Gesonderte Regelungen gelten für sogenannte "besondere Sicherungsformen". Hierzu gehören Kriegsschadenrentner und Empfänger von Unterhaltshilfe aus dem Lastenausgleich. Diese und deren Angehörige haben besonderen Anspruch auf Krankenversorgung, in Form von ambulanter ärztlicher und zahnärztlicher Behandlung einschließlich Zahnersatz sowie auf Arzneien, Verband-, Heil- und Hilfsmittel in gleicher Art und gleichem Umfang wie Sozialhilfeempfänger.<sup>41</sup>

Im Fall der freiwilligen oder privaten Krankenversicherung können die Unterhaltshilfeempfänger Ersatz der Beiträge je versicherte oder mitversicherte Person bis zu 206 DM monatlich beantragen. Die Jahresleistung des Lastenausgleichs betrug 2001 rund 264 Mio. DM (BMGS 2002).<sup>42</sup>

### **3 Ausgangslage - Kostenexplosion im Gesundheitswesen ?**

Das Schlagwort der „Kostenexplosion“ im Gesundheitswesen ist allseits bekannt. Der damalige rheinland-pfälzische Sozialminister Heiner Geißler verwandte diesen Begriff Anfang der 70er Jahre zum ersten Mal. Im eigentlichen Sinne handelt es sich jedoch nicht um eine Kosten- sondern um eine Ausgabenexplosion. Als wesentlicher Indikator für diese "Explosion" wird es angesehen, dass die Gesundheitsausgaben deutlich stärker gestiegen sind als das Bruttoinlandsprodukt (BIP): In den Jahren von 1960 bis 1990 verdoppelte sich in den 21 OECD-Ländern (Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung) die Quote der Ausgaben bezogen auf das BIP von 3,9% auf

---

<sup>41</sup> Bei länger dauernder Krankenhausbehandlung besteht eine Selbstbeteiligungsverpflichtung. Die Selbstbeteiligung beträgt vom 1.7.2001 an 272 DM beim Berechtigten und 201 DM beim Ehegatten sowie je 125 DM bei untergebrachten Kindern und Vollwaisen.

7,6% (Weisbrod 1996: 373). Für Deutschland ist ein moderaterer Verlauf festzustellen. Zwischen 1970 und 1990 stieg die Quote der Ausgaben im Gesundheitssektor am BIP (nur Westdeutschland), von 6,5% auf 9,3% (Tabelle 5). Nach der Wiedervereinigung ist es jedoch zu weiteren, deutlichen Ausgabensteigerungen gekommen. Allein zwischen 1990 und 1995 stieg in Deutschland die Quote der Gesundheitsausgaben gemessen am BIP um mehr als 1,5 Prozentpunkte (Bontrup 1999: 87). Im weiteren Verlauf stieg diese bis zum Jahre 1998 weiter auf 11,1% an.<sup>43</sup> Der langjährige Trend überdurchschnittlicher Ausgabensteigerungen im Gesundheitswesen setzt sich nach einer zwischenzeitlichen Stagnation damit fort.<sup>44</sup>

**Tabelle 5: Quote der Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandsprodukt 1970-1998**

früheres Bundesgebiet							Deutschland insgesamt
Angaben in %							
1970	1975	1980	1985	1990	1995	1998	1998
6,5	9,1	9,2	9,7	9,3	10,6	10,8	11,1

In jeweiligen Preisen; ohne Einkommensleistungen nach der alten Gesundheitsausgabenrechnung.

Quellen: Eigene Berechnungen nach den Angaben des BMG (2001a).

Im Jahre 1998 machten in Deutschland die jährlichen Ausgaben für Gesundheit (einschließlich der Einkommensleistungen) mehr als eine viertel Billion Euro aus.<sup>45</sup> Der wichtigste Träger von Gesundheitsausgaben ist die GKV. Im Jahre 1998 wurden annähernd 2/3 aller Gesundheitsausgaben von dieser getragen. Als weitere Träger von Gesundheitsausgaben im stark gegliederten Gesundheitssystem sind die übrigen Zweige der Sozialversicherung, die Arbeitgeber, die PKV, private Organisationen ohne Erwerbszweck und letztlich die privaten und öffentlichen Haushalte zu nennen (Tabelle 6).

Betrachtet man die Verteilung der Ausgaben für Gesundheit über die Zeit, so ist erkennbar, dass sowohl die öffentlichen Haushalte, als auch die Arbeitgeber und die GRV ihren relativen Finanzierungsanteil reduziert haben. Besonders ausgeprägt war dies bei

<sup>42</sup> Angaben zur Zahl der Empfänger liegen nur für Kriegsschadenrentner vor. In 2001 waren dies 26.000 Personen.

<sup>43</sup> Berücksichtigt man alle gesundheitsbezogenen Einkommensleistungen, so liegt die Quote gemessen am BIP im Jahre 1998 sogar bei 14,0% (Statistisches Bundesamt 2001). Aufgrund der Umstellung der Gesundheitsausgabenrechnung liegen Zeitreihen für Deutschland nur bis zum Jahre 1998 vor.

<sup>44</sup> Verschiedene Autoren sind allerdings der Ansicht, dass es keine Kostenexplosion im eigentlichen Sinne im Gesundheitswesen gab und gibt (z.B. Kühn 1996, Braun, Hagen, Reiners 1998, Bontrup 1999). Diese Aussagen haben aber nur für den Zeitraum von 1975 bis 1989 Gültigkeit.

<sup>45</sup> 268,4 Mrd. Euro, BMG 2001.

den Arbeitgebern, die ihren Anteil seit 1970 annähernd halbierten. Parallel hierzu stieg der Anteil der privaten Haushalte und der GKV, wobei vor allem die GKV seit 1970 überproportional an Bedeutung gewonnen hat. So wird derzeit in Deutschland mehr als jeder zweite Euro im Gesundheitswesen von der GKV ausgegeben.

**Tabelle 6: Ausgaben für Gesundheit nach Ausgabenträgern 1970-1998**

Angaben in %

Ausgabenträger	früheres Bundesgebiet							Deutschland insgesamt 1998
	1970	1975	1980	1985	1990	1995	1998	
Öffentliche Haushalte <sup>1</sup>	14,2	13,7	13,5	13,2	13,3	12,1	10,0	10,3
GKV <sup>2</sup>	35,5	44,6	45,9	47,1	46,1	48,0	50,4	51,9
GRV <sup>3</sup>	9,4	8,3	6,2	6,7	6,6	7,0	6,1	6,8
GUV	3,6	3,1	3,1	3,1	2,9	3,2	3,2	2,9
PKV	5,2	4,6	4,6	5,3	5,7	5,7	6,2	5,7
Arbeitgeber	23,7	19,3	19,7	16,7	17,6	15,9	13,6	12,9
Private Haushalte <sup>4</sup>	8,5	6,5	7,0	8,0	7,8	8,1	10,4	9,5
Insgesamt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

<sup>1</sup> Ohne Arbeitgeberleistungen, abzüglich Pflegesatzeinnahmen (Funktionale Abgrenzung).

<sup>2</sup> einschl. Ausgaben der Gesetzlichen Pflegeversicherung.

<sup>3</sup> Gesetzliche Rentenversicherung, Landwirtschaftliche Alterskassen, Ergänzungssysteme (Zusatzversicherung im öffentlichen Dienst und für einzelne Berufe), Versorgungswerke.

<sup>4</sup> Einschließlich private Organisationen ohne Erwerbszweck.

Quellen: Statistisches Bundesamt, Fachserie 12, Reihe S.2, 1970-1990. und BMG (2001: 377). Angaben nach der alten GAR.

Als größter Ausgabenträger im Gesundheitswesen steht daher die GKV im Mittelpunkt der Diskussion um eine Kosten- bzw. Ausgabenexplosion im Gesundheitswesen. Die Reinausgaben der GKV entwickelten sich von 1970 bis 1995 allein in Westdeutschland von 25,2 Mrd. DM auf 217,3 Mrd. DM, was einer Verneunfachung fast gleich kommt (BMA 1980: 1996). Trotz dieser absoluten Zunahme, ist die Quote der Gesundheitsausgaben der GKV, bezogen auf das BIP in den 90er Jahren weitgehend konstant geblieben und liegt bei etwas mehr als 6% (Tabelle 7). Vor allem führten wiederholte diskretionäre staatliche Eingriffe der Kostendämpfung in der GKV zu dieser gleichbleibenden Quote, die anderenfalls heute deutlich höher liegen würde (vgl. Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (SVRKAiG) 2003: Ziffer 71 und 72). Als Beispiel ist hier die Gründung der Gesetzlichen Pflegeversicherung (GPV) zu nennen.

**Tabelle 7: Quote der Gesundheitsausgaben der GKV am BIP 1992-2000**

	Bruttoinlands- produkt (BIP) in Mrd. €	Gesundheit- saus-gaben (GA) nach neuer GAR in Mrd. €	davon Leistungsaus- gaben der GKV in Mrd. €	GA am BIP in %	GA der GKV in %
1992	1613,25	163,2	99,0	10,12	6,14
1993	1654,26	168,1	99,2	10,16	6,00
1994	1735,56	180,2	107,7	10,38	6,21
1995	1801,31	194,0	112,9	10,77	6,27
1996	1833,78	203,0	116,6	11,07	6,36
1997	1874,68	203,9	115,6	10,88	6,17
1998	1934,96	208,4	118,2	10,77	6,11
1999	1982,41	214,3	121,6	10,81	6,13
2000	2032,98	218,4	124,4	10,74	6,12

Quellen: Statistisches Jahrbuch (2001: 655) und Gesundheitsberichterstattung des Bundes, eigene Zusammenstellung.

Betrachtet man die Einnahmeseite der GKV, so zeigt sich, dass es jedoch zu einer "Explosion" der Beitragssätze gekommen ist. So stieg der Beitragssatz in der GKV im Zeitraum von 1970 bis 2003 kontinuierlich um insgesamt 6,1 Prozentpunkte auf 14,3% an, was einem Zuwachs von 74% entspricht (Tabelle 8).

**Tabelle 8: Entwicklung des durchschnittlichen Beitragssatzes in der GKV**

Angaben bezogen auf die alten Bundesländern

Jahr	1970	1975	1980	1985	1990	1995	2000	2002	2003
Beitragssatz in %	8,2	10,5	11,4	11,8	12,5	13,2	13,5	14,0	14,3

Quellen: Breyer et al. (2001): 23. und BMG (2001): 396; für 2003: BMGS (2003b), Stand 1.1.2003.

Dieser starke Anstieg ist insofern erstaunlich, als er sich trotz der gesetzlich verordneten Beitragssatzstabilität (vgl. §71 SGB V) und zahlreicher Reformenbemühungen um Kostendämpfungsmaßnahmen – wie die Einführung der Budgetierung – vollzogen hat (vgl. Bäcker et al. 2000: 135f.). Seit 1980 sind über 200 Einzelgesetze mit dem Ziel der Kostenkontrolle, Kostendämpfung oder Leistungsbegrenzung im Bereich der Krankenversicherung in Kraft getreten. Diese Maßnahmen führten unter anderem zum Ausbau von Zuzahlungen, Ausgrenzungen von Leistungen, Leistungsverlagerungen (Gesetzliche Pflegeversicherung), Festschreibung von Preisen oder der Einflussnahme auf die Leistungsmenge (vgl. Übersicht 1). Dabei wurden diese Kostendämpfungsgesetze vor allem nach Phasen deutlicher Kostensteigerungen beschlossen. Insbesondere in den letzten 10 Jahren waren die Reaktionen des Gesetzgebers durch Erschließung neuer Geldquellen

und politische "Verschiebebahnhöfe" gekennzeichnet, jedoch wurden grundlegende strukturelle Probleme und Ineffizienzen kaum oder gar nicht beseitigt. Die ausgabenbegrenzende Wirkung war damit immer nur von kurzer Dauer. Die Entwicklung des steigenden Ausgabenanteils der GKV und steigender Beitragssätze in der GKV konnte daher nicht nachhaltig eingedämmt werden.

Übersicht 1: Kostendämpfung durch Budgets und Ausgabenobergrenzen 1989-2000

	Ambulante Versorgung	Krankenhäuser	Arzneimittel
1989 – 1992	Regional verhandelte Gesamtvergütung (= Budget)	Verhandelte Zielbudgets auf Krankenhausebene	—
1993	Regionale, gesetzlich fixierte Gesamtvergütung (= Budget)	Gesetzliche feste Budgets auf Krankenhausebene	Bundesweite, gesetzlich gesetzte Ausgabenobergrenze
1994			Regional verhandelte Ausgabenobergrenze
1995			
1996	Regional verhandelte Gesamtvergütung (= Budget)		
1997			
1998	Von Kassenärztlichen Vereinigung festgelegte Regelleistungsvolumina für einzelne Praxen	Verhandelte Zielbudgets auf Krankenhausebene	Verhandelte Richtgrößen für einzelne Praxen
1999	Regional verhandelte Gesamtvergütung (= Budget, mit gesetzlich geregelter Obergrenze )	Verhandelte Zielbudgets auf Krankenhausebene mit gesetzlich geregelter Obergrenze	Regionale, gesetzliche Ausgabenobergrenze
2000			Regional verhandelte Ausgabenobergrenze

Quellen: Europäisches Observatorium für Gesundheitssysteme (2000: 121) und eigene Ergänzungen.  
 Zeichenerklärung: Je dunkler die Schattierung, desto stärker ist dieser Sektor reguliert.

Letztlich ist die Ausgabenquote<sup>46</sup> in der GKV von 1970 bis 2001 um mehr als 80% angestiegen (Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (SVR 2002: Ziffer 241).

<sup>46</sup> Die Ausgabenquote in der GKV ergibt sich aus der Summe der Leistungsausgaben, Nettoverwaltungskosten, Vermögensaufwendungen und sonstigen Aufwendungen ohne Risikostrukturausgleich im Verhältnis zum BIP.

### 3.1 Gründe für den Ausgabenanstieg

Der Ausgabenanstieg im Gesundheitswesen wird in der allgemeinen öffentlichen Diskussion vor allem mit der demographischen Entwicklung und dem medizinisch-technischen Fortschritt erklärt. Es lassen sich aber auch weitere Ursachen aufzählen, die zu dieser Entwicklung beigetragen haben. Die folgenden Ausführungen geben einen Überblick über die wichtigsten Faktoren für die Ausgabensteigerung im Gesundheitswesen.

#### **3.1.1 Ausweitung der Versichertenpopulation und des Leistungsumfangs zu Beginn der 70er Jahre**

Zu Beginn der 70er Jahre kam es zu einer deutlichen Ausgabensteigerung in der GKV, da der Kreis der Versicherten deutlich ausgeweitet wurde. Verschiedene gesellschaftliche Gruppen wurden nach und nach der Versicherungspflicht unterzogen, zunächst die höher verdienenden Angestellten (1970), dann die Landwirte (1972) und schließlich Behinderte und Studenten (1975). Parallel hierzu kam es in diesem Zeitraum zu einer Ausdehnung der kassenärztlichen Leistungen (vgl. Bandelow 1998: 185). Damit einher ging im Zeitraum von 1970 bis 1975 eine Steigerung der Ausgabenquote der GKV von 3,7% auf 5,8% gemessen am BIP.

#### **3.1.2 Demographischer Wandel**

Die wichtigsten Ursachen des demographischen Wandels liegen in einer steigenden Lebenserwartung, die zu einer zunehmenden Zahl älterer Menschen führt und in einer verringerten Geburtenrate. Der dadurch ausgelöste – auch als "double aging" bezeichnete – Prozess, hat sowohl einen Einnahmen- als auch einen Ausgabeneffekt auf die Gesundheitsausgaben.

So nahm die durchschnittliche Lebenserwartung bei der Geburt im Zeitraum von 1960 bis 1999 bei Männern um 8,1 Jahre, bei Frauen sogar um 8,9 Jahre zu. Dies entsprach einer Zunahme um mehr als 12% (Tabelle 9). Bis zum Jahre 2050 wird von einer weiteren Zunahme der Lebenserwartung eines neugeborenen Mädchen auf 84,5 Jahre oder weiteren 3,7 Jahren ausgegangen (Deutscher Bundestag 2002: 76).

Aber auch im höheren Lebensalter nimmt die Lebenserwartung weiter zu. Für Männer (Frauen) im Alter von 65 Jahren stieg deren weitere Lebenszeit von 1960 bis 1999 um insgesamt 3 Jahre (4,7), das sind über 24% (32%). Bemerkenswert ist, dass sich die

Lebenserwartung auch kurzfristig noch weiter erhöht hat. So stieg die Lebenserwartung der Personen im Alter von 60 Jahren in den Sterbetafeln 1991/93 und 1997/99 um 1,2 Jahre (Kruse et al. 2003: 12).

**Tabelle 9: Lebenserwartung bei Geburt und im Alter von 65 Jahren**

Sterbetafel der Jahre	Lebenserwartung ...			
	bei Geburt		im Alter von 65 Jahren	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen
1959-60	66,7	71,9	12,4	14,4
1970-72	67,4	73,8	12,4	15,2
1980-82	70,2	76,9	13,1	16,8
1990-92	72,9	79,3	14,5	18,2
1993-95	73,5	79,8	14,8	18,6
1997-99	74,8	80,8	15,4	19,1
<i>Nachrichtlich:</i> Veränderung 1960/99 in %	12,1	12,4	24,2	32,6

Sterbetafeln 1959 bis 1995 für Westdeutschland; 1997-99 Deutschland insgesamt.

Quellen: Deutscher Bundestag (1998: 76) und Statistisches Bundesamt 2002.

In Verbindung mit einer steigenden Lebenserwartung und einer abnehmenden Zahl von Geburten, ist so ein dauerhafter Sterbeüberschuss der Bevölkerung zu beobachten.<sup>47</sup> Um eine konstante Bevölkerungszahl zu gewährleisten wäre eine Geburtenziffer von 2,1 notwendig.<sup>48</sup> Seit 1960 ist die Geburtenziffer im früheren Bundesgebiet stark rückläufig, was nach 1970 zu einem anhaltenden Sterbeüberschuss führte.<sup>49</sup>

Damit verändert sich die Alterstruktur der Bevölkerung, und der Anteil älterer Menschen nimmt deutlich zu. Nach einer Bevölkerungsvorausschätzung des DIW Berlin wird der Anteil der Personen im Alter von 65 und mehr Jahren von derzeit etwas mehr als 16% bis zum Jahre 2050 auf über 35% ansteigen. 1950 betrug der Anteil dieser Bevölkerungsgruppe im Vergleich dazu nur lediglich 9,7%. Dabei wird auch der Anteil der Hochbetagten (mit 80 und mehr Jahren) an der Gesamtbevölkerung mit einem Zuwachs von annähernd 12 Prozentpunkten weiter deutlich zulegen (Tabelle 10). Diese Prognosen gehen damit davon aus, dass im Jahre 2050 auf 100 Personen im Erwerbsalter rund 80 im Ruhestandsalter kommen, während es heute erst 40 sind (Statistisches Bundesamt 2000: 16).

<sup>47</sup> Die kontinuierliche Zuwanderung nach Deutschland wirkt hier zwar gegenläufig, hebt diesen Trend aber nicht auf.

<sup>48</sup> Die Geburtenziffer ist ein hypothetisches Maß des Geburtenverhaltens und gibt die durchschnittliche Zahl geborener Kinder pro Frau an.



**Tabelle 10: Vorausschätzung der Bevölkerungsstruktur in Deutschland bis 2050 nach Altersgruppen**

Altersgruppe ... bis unter ... Jahre	1998	2010	2020	2050
	Anteile in %			
0-15	15,8	13,1	12,1	10,3
15-35	26,6	23,1	21,4	18,2
35-55	28,3	30,7	26,7	22,3
55-65	13,4	12,5	16,2	14,0
65-75	9,0	11,3	11,5	13,5
75-80	3,4	3,9	4,4	6,1
80-85	1,6	2,9	4,2	6,7
85-90	1,4	1,7	2,2	5,3
90 u.ä.	0,6	0,7	1,2	3,5
Summe	100,0	100,0	100,0	100,0
Anteil der über 65jährigen	16,0	20,5	23,5	35,1
Anteil der über 80 jährigen	3,6	5,3	7,6	15,5

Quelle: Schulz et al. (2000: 745), Bevölkerungsvorausschätzung des DIW Berlin (Variante II B)

Mit der zunehmenden Zahl älterer Menschen in der Bevölkerung wird sich die Art und Menge von benötigten Gesundheitsdienstleistungen verändern (vgl. Deutscher Bundestag 1998: 418f.). Bereits in der Vergangenheit sind die Ausgaben der GKV parallel zur demographischen Alterung gestiegen (Kühn 2001: 10). So gehen z.B. Schulz et al. (2000: 739) davon aus, dass allein bedingt durch die demographische Veränderung der Gesamtversorgungsbedarfs im Bereich des Krankenhauses bis zum Jahr 2050 um ein Drittel steigen wird.

**Tabelle 11: Entwicklung von Alten- und Hochbetagtenquotienten bis 2050**

Jahr	Altenquotient (60/20) <sup>1</sup>	Hochbetagten- quotient (80/20) <sup>2</sup>
1991	35,2	5,1
1999	41,3	4,8
2010	45,6	6,5
2020	52,8	8,7
2030	69,6	9,0
2040	71,7	11,6
2050	74,7	15,6

<sup>1</sup> Zahl der Personen im Alter von 60 und mehr Jahren bezogen auf die Zahl der 20 bis unter 60jährigen.

<sup>2</sup> Zahl der Personen im Alter von 80 und mehr Jahren bezogen auf die Zahl der 20 bis unter 80jährigen.

Quelle: Kruse et al. (2003: 14).

<sup>49</sup> In den 90er Jahren lag in Westdeutschland die Geburtenziffer bei rund 1,4; 1998 ist auch Gesamtdeutsch dieses Niveau erreicht worden (Statistisches Bundesamt 2000: 8).

Die demographische Veränderung hat außer dem Ausgabeneffekt auch Auswirkungen auf die Einnahmen und Finanzierung. Der vorrangige Einnahmeeffekt besteht in der Veränderung des Altenquotienten, da die Ausgaben für eine zunehmende Zahl älterer Personen von einer immer geringer werdenden Zahl von Erwerbstätigen finanziert werden müssen (Tabelle 11). Von diesem Problem ist vorrangig die GKV aufgrund der Umlagefinanzierung, aber zum Teil auch die PKV betroffen (Deutscher Bundestag 1998: 448ff.).

### **3.1.3 Veränderte Morbidität**

Das Krankheitspanorama hat sich im letzten Jahrhundert grundlegend verändert. Bis zur Mitte des letzten Jahrhunderts traten vornehmlich Infektionskrankheiten auf, die auch dominierend bei den Todesursachen waren. Durch Erfolge in der Medizin und vor allem durch verbesserte Lebensbedingungen, kam es zu einer Verschiebung des Krankheitspektrums. Derzeit herrschen kostenintensive chronisch degenerative Erkrankungen<sup>50</sup> vor. Diese nehmen mit steigendem Lebensalter zu, wobei die Prävalenz<sup>51</sup> bei den über 65jährigen bei bis zu 86 Prozent liegt (Kühn 1998: 211). Auch bei den bösartigen Neubildungen besteht ein Zusammenhang zwischen höherem Lebensalter und steigender Erkrankungshäufigkeit. Die Hälfte aller weiblichen Krebskranken hat das Alter von 75 Jahren und die Hälfte der männlichen Krebskranken das Alter von 71 Jahren erreicht (Arnold 1995: 21).<sup>52</sup>

Weitere Erkrankungen sind in den letzten Jahrzehnten neu aufgetreten oder häufiger geworden.<sup>53</sup> Während 1980 die Zahl der HIV-Infizierten und Erkrankten praktisch bei Null lag, ist ihre Zahl auf über 60.000 Krankheitsfälle im Jahr 1990 gestiegen (Korban-ka 1999: 168). Behandlungen wie Dialyse und Transplantationen ist es gemein, dass bedingt durch die medizinischen Erfolge, Patienten eine höhere Überlebenswahrscheinlichkeit haben aber dauerhafter intensiver medizinischer Betreuung bedürfen.

---

<sup>50</sup> Chronischen Krankheiten definieren sich dadurch, dass sie nach ihrer Manifestation nur noch medizinisch gelindert aber nicht mehr geheilt werden können. Sie gehen dabei i.d.R. mit einem diffusen Krankheitsbild einher, was die genaue Indikation und eine zielgerichtete Behandlung erschwert.

<sup>51</sup> Die Prävalenz gibt die Anzahl Erkrankter oder Ereignisse in einer definierten Population zu einem definierten Zeitpunkt an.

<sup>52</sup> Herz-Kreislaufkrankheiten manifestieren sich ebenso vorwiegend erst mit höherem Lebensalter.

<sup>53</sup> Hierzu gehören z.B. AIDS, Mukoviszidose, Morbus Crohn oder chronische Hepatitis.

In diesem Zusammenhang wird von der Wissenschaft diskutiert, ob der Zugewinn an zusätzlichen Lebensjahren zu einer gleichbleibenden (Kompressionsthese) oder steigenden Inanspruchnahme (Medikalisierungsthese) von Gesundheitsleistungen führt.

#### 3.1.3.1 Kompressionsthese

Die von Fries (1989) aufgestellte Kompressionsthese besagt, dass die zusätzlich gewonnenen Lebensjahren aufgrund des medizinisch-technischen Fortschritts als gesunde Lebensjahre frei von weiteren chronischen Erkrankungen erlebt werden. Mit dem Gewinn an zusätzlichen Lebensjahren sei eine Abnahme der Krankheitsbelastung in allen Altersgruppen zu erwarten. Die Morbidität nimmt aufgrund einer leistungsfähigeren Medizintechnik im Alter nur geringfügig zu. Lediglich im letzten Lebensjahr steigen die Ausgaben exponentiell an (vgl. Zweifel et al. 1999). Dementsprechend kommt es demographiebedingt zu keinen zusätzlichen Gesundheitsausgaben. Die Kompressionsthese erscheint jedoch angesichts der Wirkungsweise des medizinischen Fortschritts (add-on- / Half-way-Technologie) wenig plausibel und kann empirisch bisher nur schwach gestützt werden.

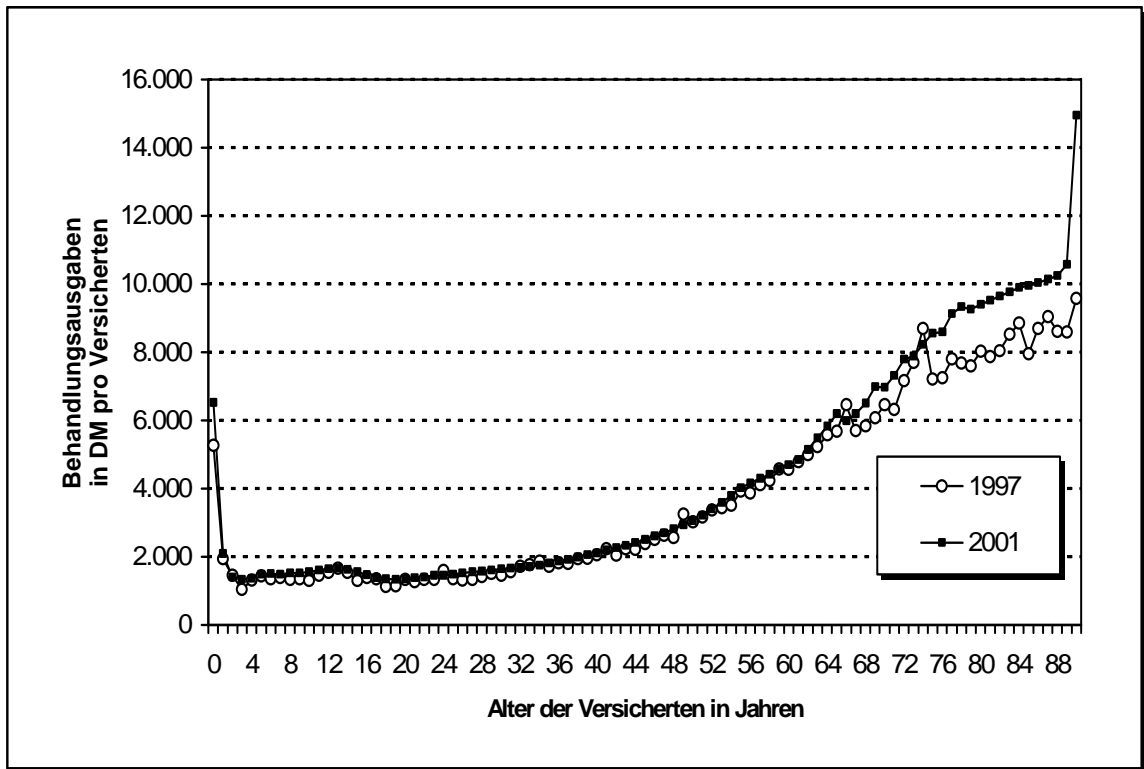
#### 3.1.3.2 Medikalisierungsthese

Die Medikalisierungsthese<sup>54</sup> besagt dagegen, dass die gewonnenen Lebensjahre aufgrund des medizinisch-technischen Fortschritts nicht in normaler Gesundheit sondern häufiger in Krankheit verbracht werden. Trifft dies zu, so steigt die Morbidität nicht nur im Verhältnis zur Gesamtbevölkerung, sondern auch in den höheren Altersgruppen im Querschnitt an. Steigende Lebenserwartung vergrößert dann den Kreis an potentiellen Patienten (abnehmende Mortalität bei steigender Morbidität). Damit wären über die Zeit progressiv steigende Gesundheitsausgaben verbunden. Gilt die Medikalisierungsthese kumulieren sich zwei Effekte der demographischen Entwicklung, nämlich die erhöhte Zahl der (älteren und alten) Versicherten und die Zunahme des Aufwands je Leistungsempfänger. Verstärkt werden diese Effekte, wenn sich der medizinisch-technische Fortschritt auf die Population der Alten konzentriert. Eine empirische Bestätigung der Medikalisierungsthese findet sich ansatzweise in Lakdawalla et al. (2001).

---

<sup>54</sup> Im Zusammenhang mit der Medikalisierungsthese wird auch vom Sisypchussyndrom des Gesundheitswesens gesprochen (Krämer 1989, vgl. auch Illich 1995, Buchner und Wasem 2000).

Abbildung 1: Alters- und geschlechtstandardisierte Ausgabenprofile aus dem Risikostrukturausgleich von GKV-Versicherten<sup>1</sup> der Jahre 1997 und 2001



Quelle: Angaben des Bundesversicherungsamtes (BVA), eigene Darstellung.

<sup>1</sup> Nur Männer ohne Berufsunfähigkeits- und Erwerbsunfähigkeitsrentner (Versichertengruppe 1)

Bei einer Querschnittsbetrachtung von alters- und geschlechtsstandardisierten Ausgabenprofilen aus dem Risikostrukturausgleich (RSA) der GKV der Jahre 1997 und 2001 für Männer in Westdeutschland, zeigt sich ein empirischer Hinweis für die Medikalisierungsthese. Mit zunehmenden Alter steigen die durchschnittlichen Pro-Kopf-Behandlungsausgaben deutlich an, wobei diese für Ältere deutlich schneller ansteigen als für die Jüngeren (Abbildung 1).<sup>55</sup> Die mit zunehmenden Lebensalter auftretende Versteilerung der Ausgabenprofile wird im allgemeinen als Beleg für eine mit dem Alter steigende Morbidität angesehen. Für diesen Zusammenhang spricht auch, dass sich die Leistungsausgaben für Rentner in der GKV von 1980 bis 1995 in Westdeutschland deutlich schneller entwickelt haben, als für Mitglieder der Allgemeinen Krankenversicherung (AKV). Lagen noch im Jahre 1980 die Leistungsausgaben für Rentner und deren Familienangehörige bei 2873 DM pro Versicherten, so stiegen diese bis zum Jahr 1995 auf rund 6820 DM an. Das war eine Steigerung um 240%. Im gleichen Zeitraum

<sup>55</sup> Vgl. auch Deutscher Bundestag 1998: 432, dieser weist neben deutlich niedrigeren Ausgabenprofilen für das Jahr 1974 auch Projektionen drastisch ansteigender Ausgabenprofile für das Jahr 2040 aus.

nahmen die Leistungsausgaben für Mitglieder der AKV (ohne Rentner) von 2251 DM auf nur 3836 DM (+70%) zu (Angaben des Bundesversicherungsamtes).

Der Grund für den mit zunehmenden Lebensalter überproportional starken Anstieg der Pro-Kopf Behandlungsausgaben dürfte in einer zunehmenden Chronifizierung von Erkrankungen und zunehmender Multimorbidität und damit verbunden an einer stärkeren Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen liegen, was als ein Hinweis für die Bestätigung der Medikalisierungsthese und damit als weiteres Indiz für langfristig steigende Gesundheitsausgaben zu werten ist.<sup>56</sup>

Da die Ausgaben für Gesundheit also stark mit dem Lebensalter korrelieren, hat die demographische Entwicklung einen wichtigen Einfluss auf die Morbidität und die Gesundheitsausgaben. Es ist zu erwarten, dass aufgrund zunehmender Prävalenz und Inzidenz<sup>57</sup> vor allem in den älteren Bevölkerungsgruppen, künftig mit weiter steigenden Ausgabenprofilen und damit weiteren Kostensteigerungen zu rechnen ist.

### **3.1.4 Medizinisch-technischer Wandel und medizinischer Fortschritt**

Der Begriff "medizinischer Fortschritt" bedeutet im weiteren Sinne die Einführung neuartiger und die Verbesserung bestehender medizinischer Verfahren oder Produkte sowie die organisatorische Umgestaltung des Gesundheitssystems. Medizinischer Fortschritt im engeren Sinne ist die Weiterentwicklung von Diagnose- und Therapiemethoden. Demgegenüber bezeichnet der „medizinisch-technische Fortschritt“ jene Weiterentwicklungen der Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, welche auf einer verbesserten oder neuartigen Medizintechnologie basieren.

Weiterentwicklungen können grundsätzlich in zwei verschiedene Gruppen unterteilt werden: in Produkt- und Prozessinnovationen. Eine Prozessinnovation bedeutet die Verbesserung bereits bestehender Verfahren oder organisatorischer Abläufe, wohingegen die Produktinnovation eine Neuentwicklung darstellt. Da eine exakte Unterscheidung zwischen Produkt- und Prozessinnovationen oftmals nicht möglich ist, existieren im Gesundheitswesen in der Regel Mischformen (Knappe et al. 2000: 71).

---

<sup>56</sup> Die These steigender Ausgabenprofile kann auch durch Daten der PKV aus den Jahren 1979 - 1996 bestätigt werden (Buchner und Wasem 2000).

<sup>57</sup> Die Inzidenz weist die Anzahl von Neuerkrankungen einer Population in einer bestimmten Zeit aus.

In allen Bereichen des Gesundheitswesens ist medizinisch-technischer Fortschritt anzutreffen, z.B. in Form von Großgerätetechnik, von Arzneimitteln oder durch den Einsatz verbesserter Diagnose- und Therapieverfahren. Der medizinisch-technische Fortschritt ist aber vor allem gekennzeichnet durch kostenintensive Produktinnovationen (wie z.B. Transplantationstechnik, Dialyse, Computertomographie (CT), Magnetresonanztomographie (MRT), Lithotripsie, Gentherapie, oder neuartige Arzneimittel). Er wirkt vor allem über sogenannte „Add-on“-Technologien, die nicht substitutiv sind, sondern in Form zusätzlicher Diagnose- oder Therapiemöglichkeiten einen höheren Ressourcenaufwand erfordern. Im pharmazeutischen Bereich ist die Entwicklung so rasant, dass etwa 15% in einem bestimmten Jahr auf dem Arzneimittelmarkt führenden 200 Medikamente, in diesem Jahr neu eingeführt wurden und 50% davon fünf Jahre zuvor noch nicht existierten (Weisbrod 1996: 378). Kostensparende Prozessinnovationen sind dagegen im Gesundheitswesen eher selten anzutreffen (vgl. auch SVRKAiG 1998).<sup>58</sup>

Als einen der wichtigsten Faktoren des Kostenanstiegs im Gesundheitswesen wird daher der technologische Wandel in der Medizin angesehen (z.B. Zweifel 1997: 91). Einer Schätzung zufolge sind 70% des registrierten Ausgabenzuwachses in den Vereinigten Staaten zwischen 1960 und 1993 auf kostensteigernde Fortschritte in der Medizintechnik zurückzuführen (Weisbrod 1996: 378). Der medizinisch-technische Wandel konnte sich freilich nur deshalb auf die Ausgabenentwicklung – und damit auf den Finanzierungsbedarf – auswirken, weil die Krankenversicherungen bzw. die Sozialgerichte, nahezu jede neue Technologie, die geeignet ist, die Gesundheit des Menschen zu verbessern, weitgehend unabhängig von der Höhe der Kosten zugelassen haben.<sup>59</sup> Damit bestätigt sich die von Knieps (1997: 61) geäußerte These, dass das Gesundheitswesen – insbesondere im Fall der Anwendung von Medizintechnik – keine Sättigungsgrenze kennt. Das Finanzierungsdilemma zwischen dem medizinisch Möglichen und dem finanziell Machbaren wird durch die Weiterentwicklung des medizinisch-technischen Fortschritts auf diese Weise weiter vergrößert.

### **3.1.5 Veränderte Präferenzen der Versicherten**

Eng mit der Entwicklung des medizinischen Fortschritts sind auch veränderte Präferenzen der Versicherten verbunden. Mit den Erfolgen des medizinischen Fortschritts stei-

---

<sup>58</sup> Beispielhaft kann hier die Endoskopie genannt werden, die im Vergleich zu konventionellen Operationsmethoden Einspareffekte aufgrund kürzerer Verweildauern im Krankenhaus oder einer geringeren Zahl von Komplikationen aufweist.

gen die Wünsche und Hoffnungen von Patienten nach einer optimalen Behandlung. Dabei unterstreicht der Leitgedanke der "Gesundheit als höchstes Gut", den Wunsch nach einer maximalen Behandlung. Dies erklärt auch die geringe Preiselastizität im Bereich der Gesundheitsversorgung, zumal die hohen Kosten und Preise für medizinische Produkte für die Versicherten nur indirekt – durch hohe Versicherungsprämien bzw. Beitragssätze – fühlbar werden. Die Bedürfnisse für hohen Konsum von Gesundheitsgütern nehmen verständlicherweise tendenziell sogar weiter zu. Hinzu kommt durch den Vollkaskocharakter der Krankenversicherung – insbesondere der GKV – eine "Anspruchsinflation" (Kühn 2001: 10), da ein Gegenwert der entrichteten Beitragsleistungen erwartet wird (vgl. auch Oberender und Fiebelkorn-Bechert 1998: 102). Letztlich sind ein verändertes Inanspruchnahmeverhalten und -denken zu nennen, die auf einen bewussteren Umgang mit der eigenen Gesundheit zurückzuführen sind, und z.B. zu häufigeren Arztkontakten führen.

### **3.1.6 Negativer Preisstruktureffekt**

Die Preise für Gesundheitsleistungen sind in der Vergangenheit schneller gewachsen als das allgemeine Preisniveau. Diese Entwicklung wird als "negativer Preisstruktureffekt" bezeichnet. Er erklärt sich im wesentlichen daraus, dass im Bereich der Gesundheitsleistungen auf der einen Seite die Produktivität personenbezogener Dienstleistungen nur unterdurchschnittlich steigt (Braun et al. 1999: 39/40), auf der anderen Seite die Löhne jedoch durchschnittlich zunehmen (vgl. Hof 2001: 30).<sup>60</sup> So sind im Zeitraum von 1992 bis 2000 die Gesundheitsausgaben real um 12,3% gestiegen (Zifonun 2002: 596); im Vergleich dazu stiegen die realen Bruttolöhne und -gehälter je Arbeitnehmer im Zeitraum von 1991 bis 2000 lediglich um 2,0% (DGB 2001: 2). Künftig wird das Gesundheitswesen seinen Anteil an der Gesamtbeschäftigung und am BIP – auch bei unveränderter Alterstruktur und gleichbleibender Morbidität – ausweiten und damit kostensteigernd wirken (Kühn 2001: 18).

### **3.1.7 Strukturelle Defizite und Ineffizienzen**

Neben dem demographischen Wandel und dem medizinischen Fortschritt, die als wesentliche Ursachen für Ausgabensteigerungen im Gesundheitswesen angesehen werden,

---

<sup>59</sup> Vgl. z.B. im Fall von Viagra: Landessozialgericht Hannover Aktenzeichen S2KR 485/99.

<sup>60</sup> Der negative Preisstruktureffekt ist aber kein Spezifikum des Gesundheitswesens, sondern in nahezu allen dienstleistungsintensiven Wirtschaftsbereichen anzutreffen.

sind auch systemimmanente Mängel und strukturelle Defizite in der Gesundheitsversorgung zu nennen.

Nach Böcken et al. (2000) ist das deutsche Gesundheitswesen durch eine vergleichsweise geringe Effizienz, gemessen am Verhältnis des Mitteleinsatzes im Vergleich zu den Ergebnissen und der Behandlungsqualität, gekennzeichnet. Diese These wird durch die folgenden Kriterien gestützt. Obwohl Deutschland im internationalen Vergleich den drittgrößten Anteil der Gesundheitsausgaben am BIP aufweist, ist die durchschnittliche Lebenserwartung nur unterdurchschnittlich und die Säuglingssterblichkeit überdurchschnittlich hoch (Osterkamp 2001: 9). Im internationalen Vergleich belegt Deutschland in der Sterblichkeit bei den wichtigsten Volkskrankheiten (Schlaganfall, Diabetes mellitus, Darmkrebs, Brustkrebs) jeweils einen der drei schlechtesten Plätze. Der Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (SVRKAiG) hat in seinem Gutachten für das Jahr 2001 auf die eklatanten Mängel in Form von Über-, Unter- und Fehlversorgung im deutschen Gesundheitssystem hingewiesen (SVRKAiG 2002). Als Ursache für die geringe Ergebnisqualität wird das Fehlen wissenschaftlicher Fundierung und das Bestehen monetärer Anreize für eine nicht qualitätsorientierte Behandlung angesehen.<sup>61</sup> Hierin spiegelt sich auch ein Hauptproblem der deutschen Gesundheitsversorgung, der es an einer Ausrichtung an Gesundheitszielen und einer entsprechenden Prioritätensetzung mangelt.<sup>62</sup> So ist die medizinische Versorgung unter anderem zu sehr an der Kuration (Behandlung von Erkrankungen) und nicht an der Prävention (Krankheitsverhütung) ausgerichtet (Walter 2003: 105, vgl. auch SVRKAiG 2002). Die wichtigsten Ursachen für den Verlust der Gesundheit oder von Lebensjahren können zudem von der Schulmedizin nicht oder nicht adäquat behandelt werden.<sup>63</sup> Eine zielgerichtete Ausrichtung an einer Verhaltens- und Verhältnisprävention erfolgt nicht.

Ein wichtiger Problembereich liegt darin, dass sowohl auf der Seite der Patienten als auch auf der Seite der Leistungsanbieter zu geringe oder sogar kontraproduktive Anreize

---

<sup>61</sup> So werden weniger als die Hälfte der Herzinfarktpatienten nach wissenschaftlichen Standards behandelt (Glaeske et al. 2001: 4). Im Hinblick auf eine evidenzbasierte Versorgung fehlt es an einer ausreichenden Qualitätssicherung der Gesundheitsversorgung (Böcken et al. 2000).

<sup>62</sup> Eine Prioritätensetzung im Gesundheitswesen sollte sich nicht ausschließlich an der Schulmedizin ausrichten, um eine Steigerung der durchschnittlichen Lebenserwartung der Gesamtbevölkerung zu erzielen. Hierzu wäre unter anderem ein geändertes Menschenbild, der des Patienten bzw. Versicherten als Koproduzent von Gesundheit (vgl. Badura 1999) mit dementsprechend mehr Mitspracherechten und Mitsprachemöglichkeiten hilfreich. Es käme zu einer Steigerung des Eigeninteresses an der Gesundheit der Versicherten und kostenverantwortlicherem Verhalten.



für wirtschaftliches Handeln im Gesundheitswesen bestehen. So fehlen in der GKV ökonomische Anreize dafür, dass Patienten sich gesundheitsbewusst und krankheitsvermeidend verhalten (Ulrich 1998: 12, Oberender und Zerth 2003). Hier führen z.B. die vergleichsweise geringen Selbstbeteiligungen zu einer tendenziellen Ausweitung der Leistungsinanspruchnahme. Aber auch die als "Rationalitätenfalle" beschriebene individuell rationale, gesellschaftlich aber schädliche Ausbeutung durch missbräuchliche Inanspruchnahme sozialstaatlicher Krankenversicherungsleistungen, beispielsweise medizinisch nicht begründete Doppeluntersuchungen durch mehrfachen Arztbesuch, ist zu nennen (Herder-Dorneich 1982).

Die Informationsasymmetrie zwischen dem Patienten und dem Arzt begünstigt ebenso die Entstehung von Ineffizienzen und überhöhten Kosten, da die Beteiligten, Versicherte ebenso wie Leistungsanbieter, das System ausbeuten können (SVR 1999: 135). Auf Seiten der Leistungserbringer führt z.B. das derzeitige Abrechnungssystem im ambulanten Bereich mittels der Einzelleistungsvergütung zur Mengenausweitung der angebotenen medizinischen Leistungen.<sup>64</sup> Im stationären Bereich bewirkt das Honorierungssystem mit tagesgleichen Pflegesätzen eine im internationalen Vergleich unnötige Ausweitung der Verweildauer in den Kliniken.

Ökonomische Fehlsteuerungen im Gesundheitswesen leiten sich aber auch aus überkommenen Anreizstrukturen ab. Dies trifft vor allem auf die Separierung von ambulantem und stationärem Sektor zu, die zu erheblichen Ineffizienzen in der Gesundheitsversorgung unter anderem durch unnötige Doppelbehandlungen führt. Ansätze zu einer integrierten Versorgung sind bisher nur gering entwickelt und stoßen auch aufgrund einer strikten Trennung von unterschiedlichen Abrechnungs- und Honorierungsformen auf große Umsetzungsschwierigkeiten.

---

<sup>63</sup> Unfälle gehören bei Männern mit 14,7% und bei Frauen mit 8,9% zu den wichtigsten Ursachen für den Verlust von Lebensjahren in der Schweiz (Sommer 1999: 72).

<sup>64</sup> Neben der Mengenausweitung bestehen auch andere kontraproduktive Anreize. So wurde bei der zahnärztlichen Versorgung seit den 80er Jahren bereits zweimal versucht, den einheitlichen Bewertungsmaßstab für die zahnärztlichen Leistungen (Bema) neu zu strukturieren. Beide Male sollte eine Abwertung insbesondere der kieferorthopädischen und prothetischen Eingriffe zugunsten zahnerhaltender Leistungen geändert werden. Der Status Quo im zahnärztlichen Bereich ist dadurch gekennzeichnet, dass die allgemein konservierend chirurgischen Behandlungen unterbewertet sind und die Parodontalbehandlung, die Prothetik und Kieferorthopädie erheblich überbewertet ist (Altheide 2002: 51). Die erwartete Hoffnung durch eine Neustrukturierung des Bema war eine dauerhafte Kosteneinsparung und langfristig ein besserer Zahnstatus der Patienten.

Verbunden mit den Anreizen bei der Honorierung ist eine Leistungsausweitung aufgrund "angebotsinduzierter Nachfrage" (Ullrich 1998: 12) feststellbar. Die These der sogenannten angebotsinduzierten Nachfrage besagt, dass mit zunehmender Dichte und Spezialisierung des Leistungsangebots auch die Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen steigt. Das Phänomen der angebotsinduzierten Nachfrage basiert dabei auf der asymmetrischen Informationsverteilung zwischen Leistungsanbietern und den Leistungsbeziehern. Der Arzt bestimmt qua seiner Definitionsmacht Art, Umfang und die Struktur von Gesundheitsleistungen. Damit bestimmt er auch selbst über den Umfang seines Honorars.<sup>65</sup> Der Anbieter weitet auf diese Weise seine Leistungen in bestimmten Grenzen mehr als notwendig aus. Verschärfend wirkt sich eine sogenannte Defensivmedizin aus, da Ärzte in Anbetracht von Schadenersatzklagen in der Folge von ärztlichen Kunstfehlern sich zunehmend dazu gezwungen sehen, eine fast lückenlose Diagnostik und aufwendige Therapie anstatt nur das medizinisch Notwendige anzuwenden (vgl. Peters 2002: 227ff.).

Das Problem der angebotsinduzierten Nachfrage verstärkt sich vor allem dadurch, dass keine effektive Kontrolle der Angebotsmenge ärztlicher Leistungen existiert. So liegt Deutschland sowohl in der Ärztedichte pro Einwohner als auch in der Bettendichte im stationären Sektor deutlich über dem internationalen Durchschnitt.<sup>66</sup> Auch die Behandlungsdauer im stationären Sektor oder die Zahl der Arzt-Patienten Kontakte ist im internationalen Vergleich überdurchschnittlich (Osterkamp 2001: 11). Dies trifft auch auf die Ausstattung mit Medizintechnik sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich zu.

Hierzu kommt das Problem der dualen Finanzierung im stationären Bereich. Die Investitionen werden durch Bund, Länder und Gemeinden, die Unterhaltskosten jedoch durch die Krankenkassen finanziert. Diese getrennte Finanzierungsverantwortung führt zu Fehlinvestitionen und einer nicht zielgerichteten Finanzierung der Krankenhäuser. Dabei ist die Verhandlungsposition der Kostenträger (i.d.R. die Krankenversicherungen) ungleich schwächer, als die der autonom auftretenden Leistungsanbieter wie Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) oder Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG), da die

---

<sup>65</sup> Durch die Leistungsabrechnung nach einem festgelegten Punktesystems, ist es ebenfalls zu einer Ausweitung der angebotenen Leistungen gekommen. Als Reaktion hierauf wurden gedeckelte Budgets eingeführt. Für die individuelle Logik des einzelnen Leistungsanbieters hat dies zur Folge, dass nun aufgrund des Punktwertverfalls die Leistungsmenge ausgedehnt wird (vgl. Lampert 1980: 234 in Blanke 1999: 15).

<sup>66</sup> Deutschland hat mit 930 annähernd doppelt so viele Krankenhausbetten pro 100.000 Einwohner wie Holland (511) (Osterkamp 2001: 11).

Kostenträger per Gesetz zu einheitlichen Abschlüssen in den Vertragsverhandlungen gezwungen sind. Damit ist auch ein Hauptproblem auf der Leistungserbringerseite angesprochen, dem des fehlenden Wettbewerbs. Den gesetzlichen Krankenkassen ist es nicht erlaubt, mittels selektiven Kontrahierens nur einzelne Leistungsanbieter an sich zu binden und über den Wettbewerbsmechanismus den qualitativ und effizientesten Leistungsanbieter auszuwählen. Damit fehlt es an einem Wettbewerb um die effizienteste Leistungserbringung im Gesundheitswesen.<sup>67</sup>

Letztlich funktioniert der Wettbewerb im Gesundheitswesen derzeit auch deswegen kaum oder nur eingeschränkt, weil Transparenz sowohl für Patienten als auch für Krankenkassen über Behandlungsergebnisse, Kostenstrukturen oder Inanspruchnahme fehlt.

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass die beschriebenen Faktoren zu deutlichen Ausgabensteigerungen im Gesundheitswesen (vorrangig bei der GKV aber auch bei der PKV) geführt haben. Insgesamt hatte die Ausgabenentwicklung die Tendenz, über den Zuwächsen des BIP zu liegen. Es ist davon auszugehen, dass dieser Trend auch weiterhin anhalten bzw. sich sogar noch verschärfen wird. Von der Ausgabenseite droht damit die Gefahr einer Rationierung von Gesundheitsleistungen, wenn diese nicht von der Einnahmenseite aufgefangen werden kann.

## 3.2 Gründe für die Verschlechterung auf der Einnahmenseite

Die Finanzsituation insbesondere der GKV war in der Vergangenheit dadurch gekennzeichnet, dass die Einnahmen sich nicht annähernd mit der gleichen Dynamik wie die Ausgaben entwickelten (Deisenroth 1999, SVRKAiG 2003).

### 3.2.1 Entwicklung der Beitragsbemessungsgrundlage der GKV

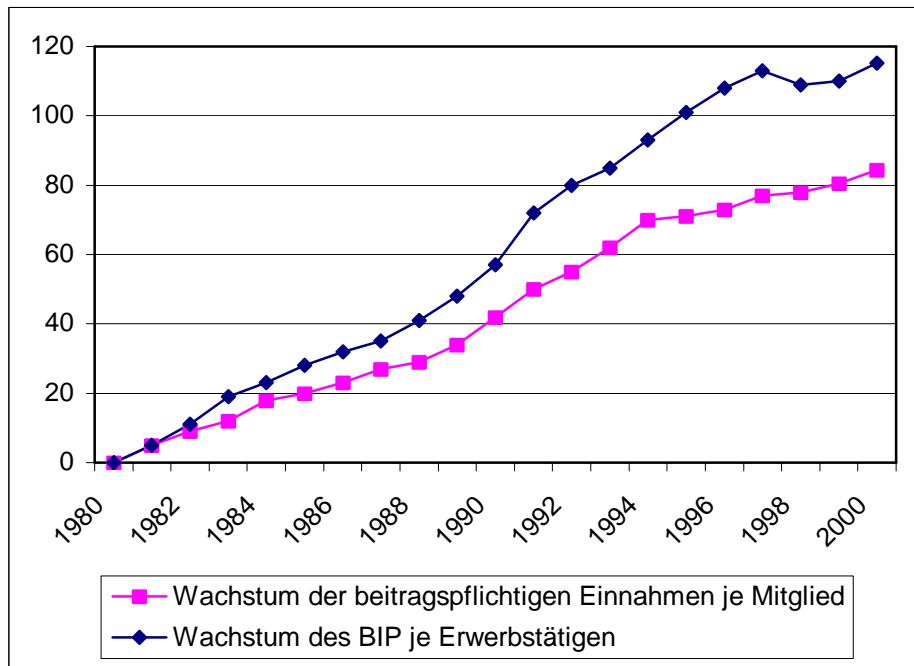
In der GKV hängen die Einnahmen im wesentlichen von der Beitragsbemessungsgrundlage ab, welches durch die beitragspflichtige Einkommen der Mitglieder bestimmt werden. Es setzt sich vornehmlich aus den Arbeitnehmerentgelten, den Sozialversiche-

---

<sup>67</sup> Fehlender Wettbewerb ist aber auch in anderen Bereichen der Gesundheitsversorgung zu finden. Dies betrifft z.B. die Beschränkungen des Wettbewerbs im Apothekeneinzelhandel. Durch die Zulassung des Versandhandels, hätte die GKV im Jahre 2000 rund 1,7 Mrd. DM einsparen können (WIdO 2001: 1).

rungsrenten und den Transfereinkommen von Empfängern von Lohnersatzleistungen sowie von laufender Hilfe zum Lebensunterhalt zusammen.

Abbildung 2: Wachstum der beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied und des BIP je Erwerbstätigem seit 1980 (alte Bundesländer)



Quellen: Eigene Berechnungen auf Basis der Angaben des SVRKAiG 2003, Ziffer 60. Ab 1991 wurde die Entwicklung der Bruttolohn- und -gehaltssumme durch die Entwicklung des Bruttoarbeitsentgelts approximiert.

Betrachtet man die Veränderung der beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied in der GKV im Vergleich zum Wachstum des BIP je Erwerbstätigen, so ist erkennbar, dass seit 1980 das Wachstum der beitragspflichtigen Einnahmen stets unterdurchschnittlich war und hinter dem Wachstum des BIP je Erwerbstätigen um insgesamt mehr als 30 Prozentpunkte zurückblieb (SVRKAiG 2003: Ziffer 60). Diese Entwicklung war maßgeblich durch den geringen Zuwachs der Bruttolöhne in den 90er Jahren verursacht worden (vgl. Grabka und Otto 2001: 52ff., vgl. auch DGB 2001).

Bezieht man die beitragspflichtigen Einkommen auf das BIP, so zeigt diese Relation nach einem ausgeprägten Anstieg Anfang der siebziger Jahre (von 49% auf 52,5%) seit Mitte der siebziger Jahre wieder einen Rückgang (1990: rund 49%), der nur vorrübergehend durch die Wiedervereinigung gestoppt wurde. 2001 betrug sie wieder rund 47% (SVR 2002: 165).

Die wichtigste Ursache für die relativ langsame Zunahme der Beitragsbemessungsgrundlage in der GKV zeigt sich auch bei einer vergleichenden Betrachtung des Primäreinkommens, nach den Anteilen der empfangenen Arbeitnehmerentgelte einerseits und der Einkommen aus Unternehmertätigkeit und Vermögen andererseits. Parallel zur oben beschriebenen Entwicklung ist auch hier ein relativ abnehmendes Gewicht der empfangenen Arbeitnehmerentgelte seit 1980 beobachtbar. Einkommen aus Unternehmertätigkeit und aus Vermögen – die nicht Bestandteil der Beitragsbemessung von GKV-Versicherten sind – haben demgegenüber relativ an Bedeutung gewonnen (Tabelle 12).

**Tabelle 12: Entwicklung der Einkommen privater Haushalte<sup>1</sup> in Deutschland 1980-2002<sup>2</sup> nach Einkommensarten**

Anteil am Primäreinkommen in %

	1980	1985	1990	1995	2000	2002
Empfangene Arbeitnehmerentgelte	78,4	76,2	72,5	71,7	71,5	71,4
Vermögenseinkommen und Unternehmensgewinne <sup>3</sup>	21,6	23,8	27,5	28,3	28,5	28,6

<sup>1</sup> Einschließlich Organisationen ohne privaten Erwerbszweck.

<sup>2</sup> 1980-1990 früheres Bundesgebiet.

<sup>3</sup> Ab 1991 ohne nichtentnommene Gewinne der Unternehmen ohne eigene Rechtspersönlichkeit.

Quellen: Volkswirtschaftliche Gesamtrechnungen (VGR). Fachreihe 18, Reihe 1.2 Konten und Standardtabellen, 1997 und 2002. 2000 und 2002 nach dem ESG.

Es ist daher nach den Ursachen für die relativ ungünstige Entwicklung des beitragspflichtigen Einkommens in der GKV zu fragen. Die folgenden Determinanten beeinflussen die Beitragsbemessungsgrundlage der GKV (vgl. SVRKAiG 1998: 267):

- demographische Entwicklung einschließlich der Zuwanderung,
- Versichertenstruktur, d.h. das Verhältnis der Zahl beitragspflichtiger Mitglieder zur Zahl beitragsfrei Mitversicherter, Zahl der Rentner, Zahl der Arbeitslosen, etc.,
- Erwerbsquote (insbesondere Frauenerwerbsquote),
- wirtschaftliche Entwicklung, mit Einfluss auf Lohnhöhe und Beschäftigtenzahl,
- Beitragsbemessungsgrenze,
- Versicherungspflicht- und Geringfügigkeitsgrenze und
- Beitragssatz.<sup>68</sup>

<sup>68</sup> Eine Anhebung des Beitragssatzes in der GKV um 1%-Punkt führt zu Beitragsmehreinnahmen in Höhe von 9,6 Mrd. €, ein 1-prozentiger Lohnzuwachs der GKV-Mitglieder zu 1,4 Mrd. €, 100.000 neue Mitglieder zu 0,3 Mrd. € und 1% höhere Ausgaben zu Beitragsmehrbelastungen in Höhe von 1,4 Mrd. € (BMGS 2003a:2, Angaben bezogen auf 2003).

### 3.2.2 Demographischer Wandel und Versichertenstruktur

Die Versichertenstruktur ist für die finanzielle Situation der GKV von großer Bedeutung. Entscheidend ist die Zahl der Nettobeitragszahler, d.h. die Zahl der Mitglieder, die per Saldo mehr Beiträge zahlen als sie Leistungsausgaben verursachen. Rentner dagegen erhalten i.d.R. mehr Leistungen als sie an Beiträgen entrichten. Daher hat die veränderte Altersstruktur der Bevölkerung neben dem bereits beschriebenen Ausgabeneffekt auch einen Einnahmeneffekt. Denn durch den zunehmenden Alterslastquotienten wird die Zahl derjenigen, die netto in die Umlage der GKV einzahlen weiter abnehmen. Damit verstärkt sich der Druck auf die GKV-Beitragssätze.

**Tabelle 13: Beitragseinnahmen und Leistungsausgaben für Rentner und deren Familienangehörige in der GKV**

Angaben für das frühere Bundesgebiet

	1975	1980	1985	1990	1995	2000 <sup>1</sup>
Beitragseinnahmen in Mrd. DM	13,210	14,370	18,264	25,451	33,190	37,105
Leistungsausgaben in Mrd. DM	18,489	29,450	43,279	55,170	79,858	88,933
Defizit in Mrd. DM	5,279	15,080	25,015	29,719	46,668	51,828
Defizit in % der Beitragseinnahmen	40,0%	104,9%	137,0%	116,8%	140,6%	139,7%

Quellen: Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung (Hg.): Die Gesetzliche Krankenversicherung in der Bundesrepublik Deutschland im Jahre .... (1975-1978, 1989, 1995). Statistischer und finanzieller Bericht. <sup>1</sup> BMG (2001a: 382, 390)

Dabei hat das Defizit in der Krankenversicherung der Rentner (KVdR) seit 1975 kontinuierlich zugenommen: Lag die Differenz zwischen Beitragseinnahmen und Leistungsausgaben im Jahre 1975 noch bei knapp 5,3 Mrd. DM oder 40% der Beitragseinnahmen, so stieg dieses bis zum Jahre 2000 auf mehr als 51 Mrd. DM oder annähernd 140% der Beitragseinnahmen (Tabelle 13).<sup>6970</sup>

Da das hohe und vermutlich weiter steigende Defizit in der KVdR durch die jüngeren Mitglieder in der AKV ausgeglichen werden muss, wird bereits von einer steigenden Gefahr schwindender Akzeptanz des Generationenvertrages in der Krankenversicherung gesprochen (Fetzer und Raffelhüschen 2002: 4).

<sup>69</sup> Diese Entwicklung konnte auch nicht durch die Einführung der GPV aufgehalten werden.

<sup>70</sup> Das Defizit in der KVdR ist 2001 weiter auf rund 60 Mrd. DM angestiegen, dies entspricht 3,2 Beitragssatzpunkten (BDA 2001: 11). Graf von Stillfried (1994) vertritt die These, dass die Beitragssatzsteigerungen in der GKV seit 1975 im wesentlichen auf die Ausgabensteigerungen in der medizinischen Versorgung der Rentner zurückgehen.

Neben überproportional steigenden Ausgaben der Rentner – insbesondere derjenigen im höheren Lebensalter – führt aber auch die Absenkung des Rentenniveaus in der GRV zu einer allgemeinen Verschlechterung der Finanzbasis der GKV.<sup>71</sup>

Infolge der einkommensproportionalen Beitragsbemessung sind abhängig Beschäftigte mit höheren Einkommen und geringem Krankheitsrisiko für die Finanzlage der GKV besonders wichtig. Eine Schwächung der Einnahmebasis hat die GKV durch den verstärkten und anhaltenden Trend zum Wechsel von freiwillig Versicherten der GKV zur PKV erfahren. Es handelt sich dabei um Personen mit Einkommen oberhalb der BBG, die sich der solidarischen Finanzierung der GKV entziehen. Seit 1975 ergab sich durchweg ein negativer Wanderungssaldo zuungunsten der GKV mit einem durchschnittlichen Verlust von etwa 180 Tsd. Versicherten pro Jahr, was einem Versichertenzuwachs von jährlich 3-4% bei der PKV entspricht.<sup>72</sup> Im Jahre 2001 wanderten per Saldo 212.700 Personen von der GKV zur PKV. Die geschätzten jährlichen Beitrags-einnahmeverluste für die GKV (auf Basis der Angaben von 2001) beziffern sich auf annähernd 1,4 Mrd. Euro, denen geschätzte Leistungsausgaben von 331 Mio. Euro gegenüberstehen. Per Saldo ergibt dies einen Nettoverlust für die GKV in Höhe von 1 Mrd. Euro (BMG 2002).

Neben der Zahl der Nettobeitragszahler ist auch die Zahl der beitragsfrei mitversicherten Familienangehörigen von Bedeutung. Hier ist es in den vergangenen Jahren zu einer finanziellen Entlastung für die GKV gekommen. Kamen 1986 auf zehn Mitglieder fünf Familienversicherte, so hat sich dieses Verhältnis bis zum Jahre 1999 auf 10 Mitglieder zu vier beitragsfrei Familienversicherten reduziert (Erbe 2000: 310).<sup>73</sup> Der Trend eines reduzierten Anteils von Familienversicherten dürfte künftig aufgrund der verminderten Geburtenhäufigkeit und der zunehmenden eigenen versicherungspflichtigen Erwerbstätigkeit von Frauen weiter anhalten und finanziell entlastend auf die GKV wirken.

---

<sup>71</sup> Bei einer Absenkung des Rentenniveaus um 10% bzw. 20% kommt es zu einer Steigerung des Beitrags-satzes in der GKV um rund 0,5 bzw. 1 Prozentpunkte (vgl. Breyer et al. 2001: 104-105).

<sup>72</sup> Im Zeitraum von 1995 bis 2001, vergrößerte sich die Zahl der Vollversicherten in der PKV von rund 6,9 Mio. auf 7,7 Mio. Versicherten. Als Folge davon, hat sich die Zahl der Versicherten in der GKV um 700 Tsd. auf rd. 71 Mio. verringert.

<sup>73</sup> Der Anteil der Familienmitversicherten an allen Versicherten nahm von 1985 von rund 35% auf etwa 30% im Jahre 1999 ab (Breyer et al. 2001: 15).

### 3.2.3 Veränderung der Erwerbsbeteiligung und Erwerbsbiographien

Die Zahl der Nettozahler in der GKV wird maßgeblich von der Erwerbsbeteiligung – insbesondere vollzeitbeschäftigter Personen – bestimmt. Insbesondere durch die starke Zunahme der Zahl der Arbeitslosen – verbunden mit einer Absenkung der Bemessungsgrundlage für das Arbeitslosengeld – und der Zahl der Sozialhilfeempfänger in den letzten zwei Dekaden, trug zu einer Verschlechterung der Einnahmesituation der GKV bei. So lag die Arbeitslosenquote 1980 noch bei 3,8% (oder 0,9 Mio. Personen) und stieg bis zum Juni 2003 auf über 10,2% (rund 4,3 Mio. Arbeitslose) an (Bundesanstalt für Arbeit 2003). Parallel hierzu nahm auch die Zahl Sozialhilfeempfänger stark zu. Lag sie 1980 noch bei 0,85 Mio., so ist sie in 2001 auf knapp 2,7 Mio. Personen geklettert. Die Sozialhilfequote - Zahl der Hilfeempfänger je 100 Einwohner - stieg damit von 1,4% auf 3,3% (Statistisches Bundesamt 2002). Da die Krankenversicherungsbeiträge dieser Personengruppen i.d.R. nicht kostendeckend sind, hat eine Veränderung der Erwerbsbeteiligung einen tiefgreifenden Effekt auf die Finanzierung der GKV.

Neben zunehmender Arbeitslosigkeit führt auch eine veränderte Erwerbsstruktur und veränderte Erwerbsbiographien mit temporären Lücken im Erwerbsverlauf zu einer Schwächung der Einnahmebasis der GKV (vgl. Pfaff 1999 oder Offermann 1999). So hat die als Erosion des „Normalarbeitsverhältnisses“ bezeichnete Entwicklung unter anderem zu einer zunehmenden Zahl von geringfügig Beschäftigten, zu mehr Teilzeitarbeit (bei weiterhin vollem Anspruch der Krankenbehandlung) und zu einer zunehmenden Zahl von Schein-Selbstständigkeit geführt (Bofinger 2002: 717).<sup>74</sup> Auch ein Trend zu mehr Schattenwirtschaft - und damit ein Umgehen der Beitragspflicht - schwächt die Einnahmebasis der GKV.<sup>75</sup>

Die Zahl der versicherten Erwerbspersonen sinkt tendenziell mit einer Verkürzung der Lebensarbeitszeit. Dies hat eine verstärkte intergenerative Umverteilung zuungunsten der jüngeren Generationen zur Folge, wenn nach dem (teilweisen) Übergang in den Ruhestand ein verringerter, nicht mehr kostendeckender Beitrag gezahlt wird. In den

---

<sup>74</sup> Die Zahl der Selbständigen ohne eigene Beschäftigte hat von 1991 bis 2001 um 32% und die Zahl der Teilzeitbeschäftigten im gleichen Zeitraum um 44% zugenommen (Bofinger 2002: 717).

<sup>75</sup> Während Ende der 90er Jahre die Schattenwirtschaft in vielen Ländern stagnierte, ist in deutschsprachigen Ländern ein ungebremsster Anstieg zu beobachten gewesen. Schätzungen gehen von einem Anteil der Schattenwirtschaft von 16,5% oder 350 Mrd. Euro des offiziellen BIP aus (o.V. 2002b).



vergangenen 30 Jahren ist das Renteneintrittsalter faktisch erheblich gesunken.<sup>76</sup> Dies ging zum Teil auf die ungünstige Arbeitsmarktlage zurück, wurde aber auch gesetzlich gefördert.<sup>77</sup> Auch die Verkürzung der Lebensarbeitszeit war erheblich. So sind die Erwerbsquoten von Männern in der Altersgruppe 60-65 Jahre von 1962 bis 2000 von 75% auf 33% gesunken. Die Erwerbsquote junger Männer (20-25 Jahre) hat im gleichen Zeitraum um 12% abgenommen (Meinhardt et al. 2002: 26).<sup>78</sup> Die zunehmende Erwerbsbeteiligung von Frauen kompensierte aber den negativen Trend der Männer nur teilweise, da Frauen weitaus häufiger eine Teilzeitbeschäftigung annehmen (Holst und Schupp 2000: 827).

### **3.2.4 Gesetzliche Veränderungen**

Weitere Determinanten für die Höhe der beitragspflichtigen Einnahmen sind die Beitragsbemessungs-, die Versicherungspflicht- und die Geringfügigkeitsgrenze. So führte der langjährig überdurchschnittliche Anstieg der BBG zu einer Stärkung der finanziellen Basis der GKV (Erbe 2000: 310), da die BBG schneller als der Index der durchschnittlichen Bruttomonatsverdienste der Angestellten im produzierenden Gewerbe, Handel; Kredit- und Versicherungsgewerbe angestiegen ist (Statistische Bundesamt 1999).<sup>79</sup> Zusätzliche Beitragseinnahmen ergaben sich auch durch eine Veränderung der Beitragspflicht zur Krankenversicherung für geringfügig Beschäftigte.<sup>80</sup> Diese gesetzlichen Veränderungen auf der Einnahmenseite konnten aber den seit 1980 bestehenden Trend einer zu schwach expandierenden Einnahmebasis der GKV nicht nachhaltig begegnen.

---

<sup>76</sup> 1970 lag das durchschnittliche Zugangsalter bei Altersverrentung von Männern in der Arbeiter- und Angestelltenrentenversicherung bei 65,2 Jahren und sank bis auf 62,8 in 2002 (VDR 2003).

<sup>77</sup> So sieht das Altersteilzeitgesetz im Falle einer Arbeitszeitverkürzung im Alter einen Lohnausgleich von mindestens 20% des Bruttolohns bzw. eine Aufstockung der Teilzeitrente auf mindestens 70% des Vollzeitnettoeinkommens durch die Bundesanstalt für Arbeit vor. Die Aufstockungsbeiträge sind steuer- und sozialversicherungsfrei. Zudem werden die Entgelte tarifvertraglich auf 80% des früheren Nettolohns angehoben, und dieser Ausgleichsbetrag ist gleichfalls von der Sozialversicherungspflicht befreit. Beiträge zur GKV werden somit nur noch in Höhe von 50% des früheren Entgelts entrichtet. Dieser Beitragsausfall bei konstant bleibendem Leistungsanspruch muss von der Solidargemeinschaft finanziert werden (Reformkommission Soziale Marktwirtschaft 1999).

<sup>78</sup> Eine gegenteilige Entwicklung gab es bei der Erwerbsbeteiligung von Frauen. Sie ist in den alten Bundesländern von 1970 bis 1999 von rund 47% auf etwa 60% für Frauen im erwerbsfähigen Alter gestiegen (Breyer et al. 2001: 61), wobei auch künftig ein weiterer leichter Anstieg zu erwarten ist.

<sup>79</sup> Die außerordentliche Anhebung der BBG in Ostdeutschland zum 1.1.2001 führte z.B. zu Beitragsmehreinnahmen in Höhe von 0,6 Mrd. DM (BDA 2001: 11).

<sup>80</sup> Die Beitragsmehreinnahmen beliefen sich im Jahre 1999 auf etwa 1,8 Mrd. DM (Sozialpolitische Informationen Nr. 10 vom 30.12.1999).

### 3.2.5 Politische Verschiebepbahnhöfe

Aufgaben, Funktionen und Finanzverantwortlichkeiten im Bereich der Gesundheitsversorgung sind zwischen den verschiedenen Zweigen der Sozialversicherung nicht strikt voneinander getrennt. Durch politisch gesetzte Rahmenbedingungen und politisch motivierte Verschiebepbahnhöfe von anderen Zweigen der Sozialversicherung zuungunsten der GKV, wurde die Einnahmehasis der GKV in der Vergangenheit mehrfach negativ beeinflusst:

- Die Reduzierung des Beitrages der Rentenversicherung zur Krankenversicherung der Rentner im Jahre 1977 von 17 auf elf Prozentpunkte führte zu Mindereinnahmen in Höhe rund zwölf Milliarden Mark jährlich in der GKV (Barmer Ersatzkasse 2001).
- Seit dem 1.1.1995 wird für Lohnersatzleistungsempfänger der Bundesanstalt für Arbeit der Krankenversicherungsbeitrag auf Grundlage von 80% (vorher 100%) des letzten Bruttoarbeitsentgelts bemessen. (Mindereinnahmen von etwa fünf Mrd. DM pro Jahr zu Lasten der GKV, Flörke 1998: 349).
- Eine nochmalige Absenkung der Bemessungsgrundlage bei Empfängern von Arbeitslosenhilfe von 80% auf 58% des dem Zahlbetrag der Arbeitslosenhilfe zugrunde liegenden Arbeitsentgelts wurde zum 1.1.2001 eingeführt. Die resultierenden Mindereinnahmen für die GKV belaufen sich auf rund 1,2 Mrd. DM/jährlich (BDA 2001:14).
- Die Reform der Erwerbs- und Berufsunfähigkeitsrente belastet die GKV durch geringere Rentenansprüche allein im Jahre 2002 mit rund 250 Mio. Euro (Kassenärztlichen Vereinigung Nordbaden 2002).
- Die veränderten Beitrittsregelungen für freiwillig versicherte Rentner der GKV machen eine Belastung in Höhe von 500 Mio. DM/Jahr aus (BDA 2001: 14).
- Die Beschränkung des Rentenzuwachses in den Jahren 2000 und 2001 belastet die GKV mit über drei Milliarden Mark (Barmer Ersatzkasse 2001). Die langfristige Absenkung des allgemeinen Rentenniveaus wird jährlich 300 Mio. DM an Beitragsverlusten für die GKV bringen (Klose und Schellschmidt 2001: 27).
- Die Absenkung der Zuzahlungen für Arzneimittel und die Absenkung der Härtefallgrenzen zum 1.1.1999 ergaben Mindereinnahmen für die GKV von rund 1 Mrd. DM (BDA 2001:14).

Die Summe der Mindereinnahmen und Belastungen für die GKV im Zeitraum der Jahre 1995 bis 2002 aufgrund von politischen "Verschiebebahnhöfen" liegt somit zwischen 12,1 Mrd. Euro und 29,3 Mrd. Euro (SVR 2002: Ziffer 250). Die Finanzsituation der GKV ist damit maßgeblich von politisch motivierten, diskretionären Eingriffen beeinflusst.

### **3.2.6 Versicherungsfremde Leistungen**

Eine weitere – politisch motivierte – Schwächung der Einnahmebasis der GKV stellen die sogenannten versicherungsfremden Leistungen dar. Als versicherungsfremde Leistungen können diejenigen Leistungen definiert werden, die der GKV aus gesellschafts-, sozial- oder familienpolitischen Erwägungen übertragen worden sind, ohne gleichzeitig, die damit verbundenen Kosten zu übernehmen (Beske 1997: 20). Politisch motivierte versicherungsfremde Leistungen stellen jedoch keinen integralen Bestandteil einer Sozialversicherung dar, und sollten aus der solidarischen Finanzierung der GKV herausgenommen und steuerfinanziert werden (vgl. Arnold 1995: 184). Zu diesen Leistungen zählen insbesondere die Beitragsfreiheit bestimmter Versicherungsgruppen, wie die beitragsfreie Familienmitversicherung oder die Beitragsfreiheit für Personen in Mutterschutz und Erziehungsurlaub. Der Umfang versicherungsfremder Leistungen in der GKV wird auf bis zu 58,3 Mrd. Euro beziffert (Beske 1997: 20). Den größten Anteil macht dabei die beitragsfreie Mitversicherung von Familienangehörigen aus.

## **3.3 Ergebnisse unterschiedlicher Projektionen des Beitragssatzes der GKV**

Wichtige Gründe für den Ausgabenanstieg und die Schwäche der Finanzierungsbasis der GKV in der Vergangenheit, bleiben auch weiterhin bestehen. Betrachtet man die jeweiligen relevanten Einflussfaktoren, die auf die GKV und PKV in unterschiedlicher Weise wirken, so ist erkennbar, dass die Einnahmesituation der GKV vor allem eng an die gesamtwirtschaftliche Entwicklung gebunden ist, da das Finanzvolumen im wesentlichen auf dem Beitragsaufkommen beruht, welches seinerseits durch die Höhe der Beitragssätze und den beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder bestimmt wird (vgl. Übersicht 2).

Übersicht 2: Einflussfaktoren der Beitrags- bzw. Beitragssatzentwicklung - GKV und PKV im Vergleich

Einflussfaktoren	Ist beitrags- bzw. beitragsatzrelevant in der	
	GKV	PKV
Bevölkerung		
• Geburten	x	(x)
• Migration	x	(x)
• Lebenserwartung	x	x
Wirtschaft		
• Arbeitskräfteangebot	x	
• Wachstum und Beschäftigung	x	
• Produktivität und Einkommen	x	
• Arbeitslosigkeit	x	
Gesundheitswesen		
• Preissteigerung	x	x
• Medizinischer Fortschritt	x	x
• Veränderung des Nachfrageverhaltens	x	x
• Verteilerung der Ausgabenprofile	x	x

Quellen: Hof (2001: 112) und eigene Ergänzungen.

Einige Faktoren sind sowohl bei der GKV als auch bei der PKV für die Beitragssätze bzw. die Prämien relevant. Hierzu gehören der medizinische Fortschritt, die Veränderung des Nachfrageverhaltens, die allgemeine Preissteigerung im Gesundheitswesen, die Verteilerung der Ausgabenprofile sowie die steigende Lebenserwartung. Die zwei Faktoren der Geburtenentwicklung und der Migration, wirken sich aufgrund des angewendeten Umlageverfahrens in der die GKV direkter als in der PKV aus. Vor allem eine verschlechterte wirtschaftliche Entwicklung schlägt sich stärker auf die allgemeine Finanzsituation der GKV aus. Bei der PKV steigt hingegen die individuelle Prämienbelastung nur mittelfristig stärker an.

Die Dringlichkeit eines Reformbedarfs ist auf Grundlage von Projektionen des künftigen Beitragssatzes in der GKV ablesbar.<sup>81</sup> Modellrechnungen zur Prämienentwicklung in der PKV liegen allerdings nicht vor. Bekannt ist aber, dass die durchschnittlichen Steigerungsraten der Prämien in der PKV für Krankheitskostenvollversicherungen über denen der GKV liegen.<sup>82</sup>

<sup>81</sup> Im Folgenden wird der Begriff Projektion synonym für Prognose verwendet. Es soll aber daraufhin gewiesen werden, dass es sich hierbei vor allem um Modellrechnungen handelt, die Annahmen verwenden, die vereinfachende und damit unsichere Ergebnisse der künftigen Entwicklung abgeben.

<sup>82</sup> So stieg zwischen 1970 und 1993 die durchschnittliche Steigerungsrate bei einem Neuvertrag für z.B. einen 43jährigen um 8,6% jährlich an. Betrachtet man die Prämiensteigerung eines seit 1970 bestehenden Vertrages für einen 43jährigen, so ergibt sich eine jährliche Steigerungsrate von 10,6% (Unabhängige

Die Entwicklung des Beitragssatzes in der GKV wird auf Basis unterschiedlicher Annahmen und Methoden vorausgeschätzt. Diese Unterschiede haben erhebliche Auswirkungen auf die Ergebnisse der Projektion und damit auch für die daraus abzuleitenden Handlungsmaximen.

Zu unterscheiden sind pessimistische von optimistischen Prognosen, wobei letztere von einer konstanten Ausgabenstruktur ausgehen und damit im wesentlichen nur den rein demographisch bedingten Effekt einer veränderten Versichertenpopulation aufgrund einer sich verändernden Bevölkerung unterstellen. Bei diesen Modellrechnungen werden alle anderen Parameter konstant gehalten. Wie oben ausgeführt, spricht aber einiges dafür, dass weitere Parameter, wie eine steigende Lebenserwartung oder der medizinische Fortschritt die künftige Ausgabenentwicklung in der GKV beeinflussen.

Diese und weitere Faktoren werden in alternativen, pessimistischen Modellrechnungen berücksichtigt, wobei weiter steigende altersspezifische Pro-Kopf Ausgaben unterstellt werden. Als maßgeblich für diese Entwicklung, wird neben einer weiter steigenden Lebenserwartung der kostentreibende Effekt des weiteren medizinisch-technischen Fortschritts angenommen. Der demographische Wandel und der medizinisch-technische Fortschritt wirken nach Ansicht von Cassel (2001: 88) dabei nicht nur *additiv* sondern *kumulativ* als Determinanten der künftigen Beitragssatzentwicklung (vgl. auch Knappe und Hörter 2002: 5). Cassel (2001: 87) spricht so von "progressiv zunehmenden Gesundheitsausgaben".

Beitragssatzprojektionen unter der Annahme einer konstanten Ausgabenstruktur ergeben einen rein demographisch bedingten Anstieg der GKV-Beitragssätze im Jahr 2040 auf 15% bis maximal 20% (Tabelle 14). Die Annahme, einer konstanten Ausgabenstruktur bis zum Jahr 2040 kann jedoch als unrealistisch angesehen werden und stellt *ceteris paribus* damit nur die unterste zu erwartende Variante der Beitragssatzveränderung dar.

#### **Tabelle 14: Projektionen des Beitragssatzes in der GKV bis zum Jahr 2040**

---

Expertenkommission 1996: 12). Dieser Trend setzt sich auch über die 90er Jahre weiter fort (BMGS 2003d).

<b>Optimistische Projektion</b> konstante Ausgabenstruktur rein demographischer Effekt		<b>Pessimistische Projektion</b> steigende Ausgabenprofile weitere Entwicklung des medizinisch- technischen Fortschritts Trendextrapolationen	
Schmähl 1983	16%	Dudey 1993	26% <sup>1</sup>
Schmähl 2002	17% <sup>1</sup>	Knappe 1995	25% <sup>1</sup>
Knappe 1995	16% <sup>1</sup>	Beske 1997	26%
SVRK AiG 1994	15% - 16%	Knappe/Rachold 1997	25,6%
Erbsland und Erbsland/Wille 1995	15,8%	Oberdieck 1998	31,2%
Knappe/Rachold 1997	16,4%	Enquete Kommission <sup>2</sup> 1998	25,6%
Enquete Kommission <sup>2</sup> 1998	15% - 16%	Prognos 1998	16%
Erbsland/Ried/Ulrich 1999	15,5%	Buttler et al. 1999	> 30%
Buttler/Fickel/Lautenschläger 1999	18 % - 19% 17% - 20%	Breyer / Ulrich 2000	23% - 34%
Breyer et al. 2001	16% - 18%	Hof 2001	19% - 22%
Hof 2001	17,2%	Fetzer/Raffelhüschchen 2002	24,7%
Fetzer/Raffelhüschchen 2002	16,3%	Postler 2003	32%
Postler 2003			

<sup>1</sup> Projektion nur bis zum Jahr 2030.

<sup>2</sup> Enquete Kommission demographischer Wandel.

Quellen: Cassel 2001 und einige Ergänzungen.

Beitragsatzprojektionen unter der Annahme steigender Ausgabenprofile gehen dagegen von einer deutlich pessimistischeren Entwicklung aus und führen im Ergebnis zu deutlich steigenden GKV-Beitragsätzen. Die Mehrzahl dieser Modellrechnungen geht von Beitragsätzen um die 25-26% im Jahre 2040 aus, doch errechnen Breyer und Ulrich (2000b) oder Oberdieck (1998) maximale Steigerungen auf bis zu 34%.<sup>83</sup>

Alle Varianten von Modellrechnungen sind selbstverständlich nicht als "Prognose" der künftigen Entwicklung zu verstehen. Vorausberechnungen können niemals alle Kausalzusammenhänge berücksichtigen. Auch die hier so genannten pessimistischen Projektionen erfassen selbstverständlich nur einen Teil der maßgeblichen Einflüsse. So weisen Breyer und Ulrich (2000b) daraufhin, dass die künftige Entwicklung nicht nur vom medizinischen Fortschritt sondern unter anderem auch vom Produktivitätswachs-

<sup>83</sup> Die künftige Entwicklung des Beitragsatzes in der GKV wird unter anderem auch von dem Ausmaß an Zuwanderung beeinflusst. Gemeinhin werden zwei Varianten der durchschnittlichen jährlichen Nettozuwanderung unterstellt, eine gemäßigte Zuwanderung von 100.000 bis 150.000 Personen und eine Variante mit gesteigerter Zuwanderung von rund 250.000 bis 300.000 Personen. Je niedriger die Nettozuwanderungsquoten sein werden, desto stärker dürfte der demographische Wandel den Beitragsatz emportreiben, weil die durch die Geburtenentwicklung bedingte künftige Schrumpfung der Bevölkerung und damit i.d.R. der Bestand an Nettozahlern weniger ausgeglichen wird. Ein Szenario mit einer geringen Nettozuwanderung erscheint derzeit realistisch zu sein, da nach dem „Schengener Abkommen“ die Zuwanderung nach Deutschland deutlich begrenzt wurde und eine Änderung des Zuwanderergesetzes mit dem Ziel eines kontinuierlichen Zustroms von potentiellen Erwerbspersonen nicht in Sicht ist.

tum abhängig ist, denn je geringer die Entwicklung der unterstellten allgemeinen Produktivitätssteigerung, desto stärker steigt der Beitragssatz in der GKV.

Zudem ist von weiteren diskretionären staatlichen Eingriffen im Bereich der GKV auszugehen, die damit eine drastisch steigende Sozialabgabenbelastung verhindern würde. Kühn argumentiert, die Vergangenheit hätte gezeigt, dass diese Art von Prognosen nie zugetroffen haben. Es gäbe keine Zwangsläufigkeit der Entwicklung. Ein entscheidendes Faktum bilde die politische Beeinflussbarkeit der treibenden Faktoren. Unter anderem ist eine Familien- und Einwanderungspolitik zu nennen, die der demographischen Alterung der Gesellschaft begegnen kann (Kühn 2001: 3).

Letztlich kommen aber alle Modellrechnungen zu dem Ergebnis, dass ohne politische Eingriffe mit zum Teil deutlichen Beitragssatzsteigerungen in der GKV oder alternativ mit Rationierungen von Gesundheitsleistungen in der Zukunft zu rechnen ist. Diese Projektionen dienen damit als wichtiger Hinweis für die Dringlichkeit notwendiger Reformschritte in der GKV.

### 3.4 Auswirkungen steigender Sozialabgaben

Die oben beschriebene Entwicklung der drastisch steigenden Gesundheitsausgaben in der GKV bis zum Jahre 2040, legt den Schluss nahe, dass "eine einfache Lösung von Finanzproblemen der gesetzlichen Krankenversicherung (könnte) in einer Anhebung der Beitragssätze gesehen werden" kann (SVRKAiG 1995: Ziffer 516).

Zu den Auswirkungen steigender Ausgaben und höherer Beiträge äußert sich der SVR wie folgt: "Ausgabensteigerungen in der Gesetzlichen Krankenversicherung und im Gesundheitswesen sind immer dann unproblematisch, wenn sie auf geänderte Präferenzen und eine damit einhergehende zunehmende Zahlungsbereitschaft der Individuen zurückzuführen sind (JG 2000 Ziffer 469). Wenn die Versicherten bereit sind, einen größeren Teil ihres Einkommens für Gesundheitsgüter auszugeben, ergibt sich prinzipiell kein gesundheitspolitischer Handlungsbedarf, auch wenn die Ausgabenzuwächse über der Zuwachsrate des Bruttoinlandsprodukts liegen, die Ausgabenquote also steigt. Eine Behinderung dieser Zunahme durch Ausgabendeckelung wäre dann sogar ineffizient, da nicht präferenzgerecht. Problematisch sind die Ausgabensteigerungen immer dann, wenn sie auf Ineffizienzen im Gesundheitssystem zurückzuführen sind, so dass

bei Beseitigung dieser Ineffizienzen die gleichen Leistungen mit geringerem Ressourcenaufwand erbracht werden könnten, und wenn die Leistungen nicht dem einzelnen Versicherten angelastet werden, so dass seine Zahlungsbereitschaft nicht ermittelt werden kann" (SVR 2002: Ziffer 240).

Wären die vom Sachverständigenrat genannten Voraussetzungen gegeben, so würde vom Grundsatz her kein Handlungsbedarf bestehen. Mit dem Bestehen der Pflichtmitgliedschaft in der GKV und demzufolge dem Zwang zur Beitragszahlung, ist jedoch nicht von einer grundsätzlichen Bereitschaft zur Zahlung steigender Beiträge (Preise) auszugehen.<sup>84</sup> Die Annahme dass steigende Gesundheitsausgaben den geänderten Präferenzen entsprechen und dass diese Ausgabensteigerungen auch freiwillig getragen werden, würde nur in einem marktwirtschaftlichen Modell ohne staatliche Eingriffe zutreffen. Insbesondere der Gesundheitsmarkt ist aber ein stark staatlich regulierter Bereich, in dem Marktversagen vorliegt.

Dieses Marktversagen ist durch verschiedene Indikatoren belegt. So ist die Beziehung zwischen Leistungsanbietern und Patienten dadurch gekennzeichnet, dass zum Einen die Definitionshoheit, was krank ist und wie viel Leistung in Anspruch genommen wird, allein auf Seiten des Leistungsanbieters gegeben, zum Anderen ist die Beziehung nur marktähnlich, da der Leistungskonsum ohne unmittelbare Zahlung eines Preises als übliches Marktinstrument erfolgt. Die Zahl der Anbieter medizinischer Leistungen wird durch Zulassungsbeschränkungen reglementiert, ein vollständiger Wettbewerb ist damit nicht gewährleistet. Es liegt keine Beitragsäquivalenz vor, da die Höhe der Beiträge zur GKV nicht dem versicherten Risiko entsprechen. Es herrscht keine Transparenz über die Kosten der Leistungsanspruchnahme, und die Entlohnung der Leistungsanbieter wird nicht frei, sondern zwischen Standesorganisationen und Kassen ausgehandelt und hängt von der jeweiligen Verhandlungsmacht ab. So gibt es auf dem Markt für Gesundheitsleistungen keine echten Preise, die Ausdruck eines Gleichgewichts von Angebot und Nachfrage darstellen. Die Steuerungsfunktion des Preises ist damit – insbesondere in der GKV – stark eingeschränkt.

Zudem weist der SVR auf die Problematik der Ermittlung der Zahlungsbereitschaft bei Bestehen von Ineffizienzen im Gesundheitssystem hin. Bekanntlich ist gerade das Gesundheitssystem durch erhebliche Ineffizienzen gekennzeichnet, wie dies der SVRKAiG (2003) nachdrücklich feststellte.



Ineffizienzen bestehen unter anderem durch Verstöße gegen das Äquivalenzprinzip sowie mangelnden Wettbewerb. Die monetäre Nachfrage nach Gesundheitsleistungen fällt tendenziell zu hoch aus. Durch die tendenziell ineffiziente Bereitstellung der Gesundheitsleistungen wird gegen den Grundsatz der Wirtschaftlichkeit verstoßen (Sauerland 1999: 281). "Dementsprechend ist auch das Wachstum des Gesundheitssektors nicht positiv zu beurteilen, weil ... alle Beteiligten aufgrund schlechter Anreize zur *Erhöhung der Gesamtausgaben* im Gesundheitswesen beitragen" (Sauerland 1999: 283):

Betrachtet man die Entwicklung der Gesamthöhe der Beitragssätze aus allen Sozialversicherungszweigen, so ist von 1970 bis 1999 ein deutlicher Anstieg von 26,5% auf 42,2% zu verzeichnen, wobei dies maßgeblich auf die GRV und die GKV zurückzuführen ist (BfA 2002).<sup>85</sup> Im internationaler Vergleich zeigt sich, dass die Steuer- und Sozialabgabenquote in Deutschland um rund 10 Prozentpunkte über der entsprechenden Quote von Japan oder den USA liegt (SVRKAiG 1995).<sup>86</sup>

Steigende Sozialversicherungsbeiträge werden häufig als Ursache für nachlassendes Wachstum und eine unbefriedigende Beschäftigungsentwicklung genannt (vgl. z.B. OECD 1994). Die wachstumshemmende Wirkung steigender Sozialversicherungsbeiträge wird durch die zunehmenden Lohnnebenkosten erklärt, die ihrerseits die Produktionskosten erhöhen und die Wettbewerbsfähigkeit und Investitionstätigkeit mindern (Breyer 2001: 41ff). Arbeitgeber werden immer bemüht sein, steigende Sozialversicherungsbeiträge in Lohnverhandlungen zu berücksichtigen und die Nettolöhne entsprechend zu begrenzen. Dieser Effekt kann sich in einer unterdurchschnittlichen Entwicklung des Effektivlohns im Vergleich zum Wachstums des Primäreinkommens äußern. Eine unterdurchschnittliche oder sogar negative Entwicklung des Effektivlohns hat aber negative Auswirkungen auf das Arbeitsangebot.

Da keine Äquivalenz zwischen Beiträgen und Leistungen in der GKV besteht (mit Ausnahme des Krankengeldes), wirkt eine Beitragssatzerhöhung wie eine Steuer auf das Arbeitseinkommen. Steigende Steuern auf Arbeitseinkommen haben zwei Auswirkun-

---

<sup>84</sup> Mit der faktischen Beschränkung der Wechselmöglichkeit aufgrund fehlender Portabilität von Altersrückstellungen gilt diese Aussage auch für die PKV.

<sup>85</sup> Etwa im gleichen Zeitraum (1972-1999) sind auch die Lohnnebenkosten in der deutschen Wirtschaft von 55,6% auf fast 82% gestiegen (Hemmer und Schröder 2000: 49).

<sup>86</sup> Bezogen auf das Jahr 1993; Abgrenzung nach dem Konzept der VGR.

gen auf das Arbeitsangebot: (1) wenn die Steuererhöhung den Einkommenseffekt übersteigt, sinkt das Arbeitsangebot, da Arbeitnehmer freiwillig ihr Arbeitsangebot reduzieren werden. (2) Außerdem steigt der Anreiz für Schwarzarbeit.<sup>87</sup> Auf Seiten der Versicherten kommt es zu einer Verstärkung der Anreize zu Moral hazard aufgrund hoher Beitragsbelastungen und zur Überinanspruchnahme von Gesundheitsleistungen. Damit verbunden ist die Minderung individueller Leistungsanreize infolge relativ geringer Zuwächse des Nettoeinkommens, die Behinderung des Strukturwandels in Richtung des beschäftigungsintensiven Dienstleistungssektors infolge der starken Belastung personalintensiver Unternehmen oder auch eine Abnahme der Einstellungsbereitschaft von Unternehmen wegen hoher Kosten des Faktors Arbeit. Durch die Globalisierung des Wirtschaftsgeschehens steigt der Wettbewerbsdruck weiter und der Druck auf eine Senkung der Lohnnebenkosten (Wille 1999b: 96).

Die Auswirkungen einer Erhöhung des Beitragssatzes in der GKV wurde auf Basis von zwei Modellrechnungen untersucht: Eine Mikrosimulation über den Einfluss einer Beitragssatzsteigerung auf das Wahlverhalten freiwillig Krankenversicherter in der GKV kommt zu dem Ergebnis, dass eine Steigerung um einen Beitragssatzpunkt einen um knapp 3% wachsenden Marktanteil in der PKV zur Folge hätte (Rohweder 1996: 258). Dies würde wiederum eine Schwächung der Einnahmenbasis mit weiter steigenden Beitragssätzen in der GKV bewirken.

In Simulationsrechnungen des DIW Berlin (vgl. SVRKAiG 1996) können auf der Makroebene zwei Wirkungen von steigenden Krankenversicherungsbeiträgen nachgezeichnet werden. Zum Einen zeigen sich negative Effekte durch die Verteuerung der Arbeitskosten infolge des steigenden Arbeitgeberanteils. Zum Anderen reduzieren höhere Beiträge zur Krankenversicherung *ceteris paribus* das Nettoeinkommen der Arbeitnehmer und dämpfen damit den privaten Konsum. Die negativen Effekte können durch die Wirkungen der mit der Beitragserhöhung verbundenen Einnahmensteigerung in der GKV teilweise oder vollständig kompensiert werden, da die Mittelverwendung expansive gesamtwirtschaftliche Effekte auslöst. Werden die zusätzlichen Mittel in Sachausgaben investiert, so ergeben sich geringe positive Effekte für Wachstum und Beschäfti-

---

<sup>87</sup> Für das Jahr 2002 wird von einem Anteil der Schattenwirtschaft, gemessen am BIP, von 16,5% ausgegangen, dies entspricht einer Summe von rund 350 Mrd. Euro, die an dem Finanzamt und den Sozialversicherungen vorbeigeschleust werden (Schneider 1999, vgl. auch o.V. 2002b).

gung. Werden jedoch die zusätzlichen Mittel in steigende Finanztransfers investiert, so ergeben sich negative Beschäftigungseffekte (vgl. auch Breyer et al. 2001: 47-48).

Das derzeitige Niveau an öffentlichen Pflichtabgaben und freiwilligen zusätzlichen Sozialleistungen der Arbeitgeber stellt demnach eine Gefahr für die internationale Wettbewerbsfähigkeit und ein Anreiz für mehr Schattenwirtschaft mit entsprechenden Beitragsverlusten für die Sozialversicherung und die öffentlichen Haushalte dar (vgl. z.B. SVRKAiG 2002a). Langfristig wird daher eine Reform der (lohnbezogenen) Finanzierung in der GKV nicht zu umgehen sein (Knappe und Hörter 2001: 320).

### 3.5 Fazit

Das Gesundheitswesen ist gekennzeichnet durch einen starken Ausgabenanstieg. Insbesondere als Folge der demographischen Entwicklung und des medizinischen Fortschritts ist mit weiteren deutlichen Ausgabensteigerungen in der Zukunft zu rechnen. Hiervon sind sowohl die PKV als auch die GKV betroffen. Verschärfend kommt für die GKV eine Erosion auf der Einnahmeseite hinzu, die bereits zu erheblichen Beitragssatzsteigerungen in der Vergangenheit geführt hat.<sup>88</sup> Modellrechnungen bis zum Jahre 2040 gehen von weiteren drastischen Steigerungen des Beitragssatzes in der GKV aus.

Die Schwächung der Finanzierungsgrundlagen in der GKV ist aber nicht nur kurzfristiger Natur, sondern es handelt sich dabei vielfach auch um strukturelle Probleme. „Die zunehmende strukturelle Arbeitslosigkeit, die ungünstige Konjunkturentwicklung und das schwache Wirtschaftswachstum führten in den letzten Jahren zu einem nur geringen Anstieg der Lohnsumme bzw. der beitragspflichtigen Einnahmen und erneut zu Defiziten der GKV. Bei einem weiterhin nur mäßigen Anstieg der beitragspflichtigen Einnahmen droht ein Einbruch der Finanzierungsbasis“ (SVRKAiG 1998: 251).

Äußere Reformmöglichkeiten die sich auf die Finanzierung der GKV auswirken, sind demnach eine Anhebung der Lohnquote, eine Verringerung der Arbeitslosenzahl, eine

---

<sup>88</sup> Die PKV hat insofern kurzfristig kein Einnahmenproblem, da die Beiträge – anders als in der GKV – weder an eine bestimmte Einkommensart gebunden sind noch einkommensproportional erhoben werden. Ausgabensteigerungen werden direkt auf die Versicherten überwälzt, wodurch es zu deutlichen Prämiensteigerungen insbesondere für Versicherte im höheren Lebensalter kam. Dies war mit ein Grund für die Einsetzung einer unabhängigen Expertenkommission zur Untersuchung der Problematik steigender Beiträge der privat Krankenversicherten im Alter und als Folge davon unter anderem eines verstärkten Aufbaus einer zusätzlichen Demographiereserve in der PKV.

Senkung der Lohnnebenkosten und eine Anhebung der Durchschnittslöhne. Die künftige Finanzierbarkeit der GKV hängt – bei unveränderter Beitragsbemessung und gegebenem Arbeitskräftepotential – entscheidend von der Entwicklung der Lohnquote ab. Die Lage am Arbeitsmarkt ist ihrerseits aber abhängig von der konjunkturellen Gesamtentwicklung. Ein dauerhaftes Wachstum kann somit die Voraussetzung dafür schaffen, die Finanzierungsprobleme in der gesamten Sozialversicherung zu mindern (Seehofer 2003: 100f.).

Die künftige Entwicklung der beitragspflichtigen Einnahmen ist aber zumindest durch zwei vorhersehbare Trends bedroht: Zum Einen wird vor allem in Folge des Geburtenrückgangs in der Vergangenheit das Arbeitskräftepotential und mit ihr die Zahl der Nettobeitragszahler vom Jahr 2010 an sinken. Die Zahl der Erwerbspersonen im Alter von 20 bis unter 60 Jahre wird sich von rund 37,4 Mio. (1999) auf 23 Mio. Personen (2050) reduzieren (Breyer et al. 2001: 68). Zum Anderen könnte die Entwicklung hin zu mehr nicht pflichtversicherter, selbständiger Beschäftigung anhalten und damit ebenso die Zahl der potentiellen Nettobeitragszahler mindern.

Das Konzept die Versicherungspflicht an einen bestimmten sozialen Status zu knüpfen, bzw. auf die Erwerbseinkommen abhängig Beschäftigter zu reduzieren, ist somit allein aufgrund der Veränderungen der Erwerbsstruktur und der Erwerbsbiographien überholt.<sup>89</sup>

Soll eine Rationierung der Gesundheitsleistungen vermieden werden, so sind kurzfristig steigende Beiträge unausweichlich. Steigende Sozialbeiträge gefährden aber das wirtschaftliche Wachstum, die Bereitschaft der Unternehmen, Arbeitsplätze anzubieten und sind Anreiz zum Ausweichen in die Schattenwirtschaft. Die Grenzen des Wohlfahrtsstaates werden damit sichtbar. Die Dringlichkeit der Probleme ist auch wegen der bereits heute vergleichsweise hohen Belastung durch Sozialversicherungsbeiträge gegeben.

Eine zukunftsorientierte Sozialpolitik, mit einer Neuausrichtung des Verhältnisses zwischen Verantwortung des Staates und Eigenverantwortung, ist notwendig (so z.B. Blanke 1999: 18). Belastungsverschiebungen durch politisch motivierte Verschiebe-

---

<sup>89</sup> So verliert die Erwerbstätigkeit als Haupteinkommensquelle nach Angaben des Mikrozensus 2002 weiter an Bedeutung (Statistisches Bundesamt 2003b). Für nur noch 40% der Menschen in Deutschland in

bahnhöfe, die dauerhaft zuungunsten der GKV vorgenommen werden, sind zu vermeiden und eine striktere (Aufgaben-)Trennung der Finanzverantwortlichkeiten der einzelnen Zweige der Sozialversicherung ist vorzunehmen.

Das Erwerbseinkommen stellt keinen alleinigen Indikator mehr für die finanzielle Leistungsfähigkeit der Mitglieder der GKV dar. Eine veränderte Bemessungsgrundlage würde eher dem Leistungsfähigkeits- oder Äquivalenzprinzip in der GKV entsprechen. Die künftige Entwicklung der Systeme der Sozialen Sicherung und insbesondere der der GKV, hängt von deren künftigen Finanzierbarkeit ab. So betrachtet Breyer (2000a: 183) die künftige Finanzierung der Kosten als eines der drängendsten Probleme des modernen Wohlfahrtsstaates. Soll eine Rationierung von Gesundheitsleistungen vermieden werden, so sind nachhaltige Reformen und ein Umdenken in der Finanzierung von Krankenversicherungsschutz erforderlich.

#### **4 Ziel und Aufgabe des Gesundheitswesens und der Krankenversicherung**

Eine der primären Aufgaben des Staates ist die Bereitstellung öffentlicher Güter. Die ökonomische Ausgangsbedingung für die Bereitstellung öffentlicher Güter ist ein Versagen des Marktes, da – anders als bei privaten Gütern – Konsumenten nicht untereinander konkurrieren können und der Mechanismus zwischen Angebot, Nachfrage und Preisermittlung außer Kraft gesetzt wird. Diese Bedingungen sind im Falle des Gesundheitswesens erfüllt. Da zudem Gesundheit ein lebensnotwendiges Gebrauchsgut ähnlich wie Atemluft, Trinkwasser oder Bildung darstellt, ist Gesundheit ein öffentliches Gut (vgl. Deppe 2001). Der Charakter eines öffentlichen Gutes ist im Falle von ansteckenden Krankheiten offensichtlich. Wichtiger ist aber, dass ein Gesundheitssystem, das eine allgemeine Grundversorgung mit medizinischen Dienstleistungen garantiert, einen wesentlichen Beitrag zur sozialen Sicherheit leistet. Das Gesundheitssystem erfüllt somit allgemeine Ziele des Wohlfahrtsstaates, da zum Einen größere Gleichheit in einer Gesellschaft geschaffen und zum Anderen individuelle Sicherheit während verschiedener Lebensabschnitte garantiert wird (Giddens 1999: 20). Damit erfüllt das Gesund-

---

2002 gilt das Erwerbseinkommen als wichtigste Unterhaltsquelle, während dieser Wert 1991 noch bei 45% lag.

heitssystem die Aufgabe der Schaffung von sozialer Kohärenz, da die Bildung von anerkanntem gesellschaftlichem Zusammenhalt eine wichtige Funktion für das Gesamtsystem einer sozial und marktwirtschaftlich organisierten Gesellschaft bildet (vgl. Greiner und Schulenburg 1996: 117).

Zentrale Aufgabe des Gesundheitswesens ist es, die Gesundheit der Bevölkerung zu erhalten, zu fördern, herzustellen oder wiederherzustellen (Buchholz 1988: 8). „Versteht man unter der Funktion des Gesundheitswesens neben der realen Absicherung des Krankheitsrisikos auch die Vorsorge gegen krankheitsbedingte Einbußen von Einkommen und Vermögen, so ist auch der Krankenversicherungsschutz und die Lohnfortzahlung im Krankheitsfall zum Gesundheitswesen zu rechnen“ (Henke 1999: 249). Eine bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung als Grundbedürfnis ist in westeuropäischen Ländern anerkannt und bildet das Ziel der Gesundheitssysteme (Wagstaff und Doorslaer 1993: 11, Döring 1995: 77).

Es lassen sich 3 Zielebenen oder Grundprinzipien im Gesundheitswesen unterscheiden (vgl. Henke 1997: 175ff., Rosenbrock 2001: 4f.):

- Zugangsrationalität / Versorgungssicherheit (efficacy and equity):  
Erhält jeder Patient zum richtigen Zeitpunkt die für ihn optimale Versorgung, d.h. ist gleicher Zugang zu einer "unabdingbar notwendigen" Krankenversorgung mit bestmöglicher Qualität gewährleistet ?
- Effektivität und Qualität (effectiveness):  
Wie kann eine dauerhaft qualitativ hochwertige und zielgerichtete Gesundheitsversorgung gewährleistet werden ? Dabei ist neben der Förderung des medizinisch-technischen Fortschritts auch eine Reduktion schichtenspezifischer Unterschiede in Morbidität und Mortalität notwendig (vgl. Townsend et al. 1980).
- Effizienz, Finanzierbarkeit (efficiency):  
Wie können medizinische Leistungen möglichst kostengünstig erbracht und die öffentlich finanzierten Gesundheitsausgaben gesamtwirtschaftlich in vertretbarer Höhe gehalten werden ? Wie kann Solidarität und intergenerative (Finanzierungs-) Gerechtigkeit gewährleistet werden ? D.h. es sind Anreizmechanismen notwendig um den Umgang mit den vorhandenen Ressourcen wirtschaftlich und effizient zu ge-

währleisten. Daneben ist Kostentransparenz und eine wirksame Kostenkontrolle notwendig (Wirtschaftlichkeit) (vgl. auch Böcken et al. 2000: 16-17).

Diese Zielebenen im Gesundheitswesen sind eng mit gesundheitspolitischen Grundvorstellungen verbunden, die sich aus der Gerechtigkeitstheorie ableiten:

- gleicher Zugang zu einer bedarfsgerechten Krankenversorgung und gesundheitliche Betreuung unabhängig vom Einkommen, vom sozialen Status und vom Wohnort der Versicherten (Henke 1991: 134),
- bestmögliche Versorgungsqualität für die Gesamtbevölkerung und
- ein Höchstmaß an Wahlfreiheit für alle Beteiligten des Gesundheitssystems und Stärkung des eigenverantwortlichen Umgangs mit Gesundheit durch geeignete Anreize (Wettbewerb) (SVRKaiG 1994: 50).

Die alloкатive Aufgabe der Krankenversicherung besteht nun darin, mit den knappen zur Verfügung stehenden Ressourcen ein Höchstmaß an gesellschaftlicher Wohlfahrt zu erzielen, d.h. ein Höchstmaß an gesundheitlicher Versorgung der Bevölkerung zu gewährleisten.

Eine bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung kann am optimalsten durch eine Ab- bzw. Versicherung gegen die finanziellen Risiken bei einer Erkrankung gewährleistet werden. "Die Wohlfahrtswirkung von Versicherungsverträgen beruht darauf, dass risikoaverse Personen ein sicheres Einkommen einem unsicheren Einkommen mit gleich hohem Erwartungswert vorziehen. Insofern ist es gerade das Ziel eines jeden Versicherungsvertrags, den Versicherten vor den (finanziellen) Folgen eines Schadenseintritts zu schützen. Ohne Informationsasymmetrien zwischen den Versicherern und den Versicherten könnten pareto-optimale Versicherungsverträge geschlossen werden. Wenn die Versicherten zusätzlich keine Möglichkeit hätten, auf die Eintrittswahrscheinlichkeit und/oder die Höhe des Schadens Einfluss zu nehmen (Moral Hazard), wäre (bei vernachlässigbaren Verwaltungskosten) die Vollversicherung die allokativ optimale Lösung (Eisen 2000, Kap. 3). Die Frage, wer für die Prämien aufkommt, wäre ‚nur‘ von verteilungspolitischer Bedeutung" (Zweifel und Breuer 2002: 31).

Zu den Aufgaben der Krankenversicherung gehört primär die Sicherstellung der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung und der Ersatz des ausgefallenen Er-

werbseinkommens im Krankheitsfalle durch Einkommensleistungen (vgl. Bäcker et al. 2000). Da Krankheit und Invalidität zu den Lebensrisiken gehören, die einer Daseinsvorsorge bedürfen, liegt die sozialpolitische Aufgabe der Krankenversicherung darin, Schutzbedürftige zu unterstützen.

Eine der Aufgaben der Sozialpolitik liegt dabei darin wirtschaftliche und soziale Gesichtspunkte miteinander zu verbinden oder gegeneinander abzuwägen (Lampert 1990). Dabei werden neben ökonomischen auch ethische Wertvorstellungen über Solidarität und Gerechtigkeit berücksichtigt. Letztlich muss politisch entschieden werden, wie der Ausgleich zwischen ökonomischen und sozialen Gesichtspunkten vonstatten gehen soll, damit der vermeintliche Gegensatz von Ökonomie (im Sinne von Freiheit) und Ethik (im Sinne von Gerechtigkeitsvorstellungen) überwunden wird.

Das Grundprinzip der Solidarität hat dabei lange sozialstaatliche Tradition in Europa. Zentrales Element ist das Prinzip, dass alle Bevölkerungsgruppen gleichermaßen Zugang zu solidarisch finanzierten Gesundheitsleistungen haben sollen, damit Versorgungsgerechtigkeit gewährleistet ist. Als Kernbestandteile einer solidarischen Krankenversicherung lassen sich folgende Punkte aufzählen:

- die zentrale Versicherungsaufgabe des Ausgleichs zwischen Gesunden und Kranken (Risikoausgleich),
- verbunden mit einer solidarisch finanzierten Absicherung gegen die Risiken im Krankheitsfalle, die sich an der finanziellen Leistungsfähigkeit der Versicherten orientiert,
- die Aufrechterhaltung der Leistungsfähigkeit des Gesundheitssystems,
- ein ausreichendes und bedarfsgerechtes Leistungsniveau mit gleichem Zugang zu den Gesundheitsleistungen,
- und die Nachhaltigkeit der Gesundheitsversorgung (Prävention vor Kuration) sicherzustellen.

In einer marktwirtschaftlich organisierten Gesellschaft ist somit das Ziel der Gesundheitspolitik, eine möglichst präferenzengerechte und kosteneffiziente Gesundheitsversorgung zu gewährleisten und die potentiellen Gegensätze, die sich durch eine solidarisch organisierte Krankenversicherung ergeben, zu vereinen. (SVR 2002: Ziffer 483).



## 4.1 Notwendigkeit des Solidarausgleichs in der Krankenversicherung

Solidarität ist ein konstitutives Element des Sozialstaats und der Sozialversicherung und zählt zu den strukturprägenden Grundsätzen des Sozialversicherungsrechts (Depenheuer 1991). Die richtige Balance zwischen Solidarität und Eigenvorsorge ist eine der zentralen Fragen einer solidarisch finanzierten Gesundheitsversorgung. Es ist die Frage, wie viel von der Allgemeinheit bzw. der Sozialversicherung finanziert und was privat abgesichert sein sollte – eine Frage, die allerdings nur normativ beantwortet werden kann.

Der Solidarausgleich in der GKV beinhaltet derzeit folgende Umverteilungsvorgänge:

- Umverteilung zwischen Gesunden und Kranken (Risikoausgleich)
- Umverteilung zwischen kinderlosen Haushalten und Haushalten mit Kindern (Familienlastenausgleich)
- Umverteilung zwischen Beziehern niedriger und hoher Einkommen (Einkommensausgleich) und
- Umverteilung zwischen Jungen und Alten (Generationenausgleich).

Die Notwendigkeit für die weiteren Umverteilungsaufgaben neben dem Risikoausgleich sieht Kühn in dem sozialen Dilemma der Gesundheitspolitik begründet. „Es besagt, dass dieselben Gruppen und Schichten der Bevölkerung, die das größte Risiko tragen zu erkranken, behindert zu sein oder vorzeitig zu sterben, zugleich über die geringsten Möglichkeiten der Kontrolle ihrer Lebensumstände und der Selbsthilfe im wirtschaftlichen, sozialen und kulturellen Sinne verfügen“ (Kühn 1998: 211). Die genannten Gruppen verfügen häufig über die geringsten finanziellen Mittel, und Maßnahmen zur Erhöhung der individuellen Zuzahlung von Gesundheitsleistungen würden zu einer Verschärfung dieser Problematik beitragen.<sup>90</sup> Ob eine Stärkung der Eigenverantwortung gelingt, hängt damit immer auch davon ab, ob die Fähigkeit zur Verantwortung vorhanden ist oder ausgebaut werden kann.

Der eigentliche Risikoausgleich stellt die zentrale Aufgabe einer solidarischen Krankenversicherung dar, doch alle weiteren Formen des Solidarausgleichs sind bzw. waren sozialpolitisch erwünscht (Henke 1999: 284). Mit zunehmender Intensität wird

---

<sup>90</sup> Verschärfend wirkt sich eine unterdurchschnittliche Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen in diesen Problemgruppen aus, die negative Auswirkungen auf den Gesundheitszustand zeitigen kann.

daher darüber diskutiert, alle Umverteilungselemente außer dem Risikoausgleich auszugliedern (SVR 1996: Ziffer 427).

## 4.2 Aspekte der Solidarität und Subsidiarität

Die Begriffe Solidarität und Subsidiarität (Eigenverantwortung) geben das jeweilige Maß der Risikoübernahme einer Versichertenpopulation an. Je heterogener eine Solidargemeinschaft ist, desto zwingender wird die Definition und Verrechtlichung von Solidarität und damit eine Verpflichtung zur Solidarität. Um einen Solidarausgleich in der Krankenversicherung zu gewährleisten, ist daher eine möglichst große Versichertengemeinschaft anzustreben. Eine allgemeine Pflichtversicherung wäre unter diesem Aspekt optimal.

Dabei ist die Akzeptanz einer quasi gesetzlich vorgeschriebenen Solidarität von großer Bedeutung, damit die Wohlfahrt einer Versichertengemeinschaft nicht durch Mitnahmeeffekte oder unsolidarisches Verhalten sinkt. Ein ausgewogenes Verhältnis zwischen Solidarität und Eigenverantwortung ist somit notwendig.

Dabei besagt das Prinzip der Subsidiarität, "dass größere Sozialgebilde keine Aufgaben an sich ziehen sollen, die kleinere Einheiten besser oder mindestens ebenso gut erfüllen können und außerdem nur dann Aufgaben ständig übernehmen, die auf der niedrigeren Ebene auch auf Dauer nicht erbracht werden können" (SVRKAiG 1994: 47).

In der Sozialen Marktwirtschaft und auch in der Gesundheitsversorgung, gilt es das Individualprinzip (Äquivalenzprinzip) und Sozialprinzip (Solidarität) so zu vereinen, dass das Subsidiaritätsprinzip nach dem Grundsatz "Subsidiarität soweit wie möglich und Solidarität soweit wie nötig" optimal vereint werden (Oberender 1999: 78f.).

### 4.3 Zur Notwendigkeit einer Versicherungspflicht

Neben der Verrechtlichung und Verpflichtung zur Solidarität bestehen weitere Gründe für die Notwendigkeit einer Versicherungspflicht. Im Falle einer potentiellen Erkrankung liegen vier Arten der Unsicherheit vor, die eine Absicherung gegen das Risiko der Unsicherheit nahe legen (Schönbäck 1988: 59):

- Unsicherheit darüber, ob eine behandlungsbedürftige Krankheit überhaupt auftritt (Bedürfnisunsicherheit),
- Unsicherheit über Art und Ausmaß der Ressourcen, die infolge des Auftretens einer Krankheit für die Befriedigung des Heilungsbedürfnisses erforderlich werden (Bedarfsunsicherheit),
- Unsicherheit über die Arbeitsfähigkeit und damit das Einkommen (Einkommensunsicherheit) und
- Unsicherheit über den Heilungserfolg der medizinischen Güter und Dienstleistungen (Produktionsunsicherheit).

Während das Risiko der Arbeitslosigkeit (oder des Alters) allein in der Einkommensunsicherheit besteht, liegt im Falle des Risikos einer Erkrankung weit mehr Unsicherheit vor. Grundsätzlich ist davon auszugehen, dass ein existenzbedrohendes Risiko, wie z.B. eine Krankheit, für jedes Individuum einen hinreichenden Anreiz zur Vorsorge und Absicherung darstellt (Oberender und Fibelkorn-Bechert 1998: 91). Ist dann in einer Marktwirtschaft staatliche Vorsorge gegen das finanzielle Risiko bei einer Erkrankung überhaupt notwendig?<sup>91</sup> Zwei unterschiedliche Begründungen lassen sich hierfür nennen. Die objektive Fähigkeit und die subjektive Fähigkeit und Einsicht fehlt in der Regel (Kurzsichtigkeit), um ausreichende und frühzeitige individuelle Risikovorsorge zu betreiben (Kessler und Masson 1989).<sup>92</sup> Der Staat muss daher die Individuen "zu ihrem Glück zwingen".

Die zweite Begründung für staatliche Eingriffe basiert auf der Annahme, dass Individuen risikoavers sind (Pauly 1974) und sich vor dem Schleier des Nichtwissens gegen Risiken zumindest in Form einer Mindestsicherung versichern wollen. Bei Nichtvorliegen einer umfassenden Versicherungspflicht ist von einer geringen eigenverantwortlichen Nachfrage nach ausreichendem Krankenversicherungsschutz auszugehen, da eine starke Präferenz für Gegenwartskonsum unterstellt werden kann, bei dem künftige

---

<sup>91</sup> Vgl. zur äquivalenten Begründung einer staatlichen Altersvorsorge Wagner (2000: 124).

Bedarfe als gering eingeschätzt werden (Greiner und Schulenburg 1996: 130). Es kann zu einer Ausnutzung des Mindestversicherungssystems kommen bzw. bei Bereitstellung von staatlichen Hilfen sich eine Free-Rider Mentalität entwickeln (moral hazard) (Buchholz 2001: 92f.). Eine Pflichtmitgliedschaft erleichtert die Organisation eines Solidarausgleichs. Insbesondere Umlageverfahren sind auf die Versicherungspflicht angewiesen, da sonst Vermeidungsstrategien den Bestand einer solidarischen Krankenversicherung gefährden (vgl. Breyer und Zweifel 1999: 160).

Diese Ausführungen zur Notwendigkeit einer Versicherungspflicht im Bereich der Krankenversicherung können somit auch als mögliche Ursachen für ein Marktversagen (moral hazard, unvollkommene Information, eingeschränkte Konsumentensouveränität, Minderschätzung künftiger Bedürfnisse und positive externe Effekte) angeführt werden.<sup>93</sup> Die Einführung einer Versicherungspflicht kann hierbei allokativen Effizienz herstellen (Buchholz 2001: 97f.).<sup>94</sup> Neben dem allokativen Gesichtspunkt "können auch Prinzipien der Gerechtigkeit für eine soziale Krankenversicherung mit Pflichtmitgliedschaft sprechen, nämlich da, wo es um den Ausgleich unterschiedlicher durch die Natur vorgegebener Startchancen geht" (Breyer 1992: 36).<sup>95</sup>

#### 4.4 Gerechtigkeitsaspekte in der Krankenversicherung

Das Kriterium der Gerechtigkeit spielt eine wichtige Rolle in der Gesundheitsversorgung. Grundlage aller Gerechtigkeitsprinzipien ist der Grundgedanke der Gleichheit. Der Grundgedanke der Gleichheit kann unterschiedlich interpretiert werden, je nachdem

- ob eine absolute oder relative Gleichheit angestrebt wird,
- worauf sich die Gleichheitsforderung bezieht (Rechte, Nutzen, Einkommen, etc. ),
- ob Gleichheit als Ergebnis oder als Ausgangsvoraussetzung vorliegen soll (Döring 1995: 70, Wenzel 1999: 55).

---

<sup>92</sup> Zur empirisch gesicherten Minderschätzung künftiger Bedürfnisse vgl. Schwarze und Wagner (1990).

<sup>93</sup> Vgl. hierzu auch Kapitel 5.2.

<sup>94</sup> Ein Kontrahierungszwang auf Seiten der Versicherer macht aber einen Ausgleich notwendig, um Risikoselektion zu vermeiden.

<sup>95</sup> Reine Marktlösungen mit risikoäquivalenten Prämien können so als "ungerecht" empfunden werden.

Nach Williams (1993) lassen sich grundsätzlich zwei Richtungen einer auf Gerechtigkeit basierenden Gesundheitsversorgung – die egalitäre und libertäre Position – charakterisieren.

"Gemäß dem egalitären Standpunkt soll die medizinische Versorgung entsprechend dem *individuellen Bedarf* erbracht und entsprechend der *Zahlungsfähigkeit der Gesellschaft* finanziert werden. Allen soll – unabhängig von ihrer Zahlungswilligkeit und -fähigkeit – der Zugang zu einer von Experten definierten und von der Gesellschaft akzeptierten medizinischen Versorgung garantiert werden. Mit dieser für alle gesicherten medizinischen Versorgung soll zudem erreicht werden, dass – dank des besseren Gesundheitszustandes – die Chancengleichheit für alle Bevölkerungsschichten in anderen Lebensbereichen entsprechend erhöht wird" (Sommer 1999: 85-86). Ein entscheidendes Problem der egalitären Position ist dabei die Frage, wer nach welchen Kriterien den medizinischen Bedarf definieren soll, damit es nicht zu einer ineffizienten Überversorgung kommt.

Die libertäre Position der Gerechtigkeit betont "... auch bei der medizinischen Versorgung die *Eigenverantwortung*, die Freiheiten sowie die Zahlungswilligkeit und -fähigkeit des einzelnen. Die Individuen wissen am besten, wie sie sich medizinisch versorgen lassen wollen. ... Um dem Vorwurf zu begegnen, dass in einem derartigen System die wirtschaftlich Schwachen benachteiligt würden, wird oft postuliert, dass der Staat dafür sorgen solle, dass auch die wirtschaftlich Schwachen Zugang zu einer *Grundversorgung* erhalten" (Sommer 1999: 86). Im Gegensatz zur egalitären Position besteht bei der libertären Position das Problem einer Unterversorgung, da bestimmt werden muss, wie der Umfang einer Grundversorgung ausgestaltet sein soll um Bedarfsgerechtigkeit zu gewährleisten.

Diese beiden Richtungen von Gerechtigkeitsvorstellungen sind im deutschen Gesundheitswesen parallel anzutreffen. Während die GKV der Tradition der egalitären Position folgt, ist die PKV in Deutschland nach der libertären Position ausgerichtet. Welcher der beiden Positionen der Vorrang einzuräumen ist, lässt sich auch mit dem "Sozialstaatsprinzip" der Bundesrepublik nicht begründen.<sup>96</sup> Zum Sozialstaatskonzept der Bundesre-

---

<sup>96</sup> Das Sozialstaatsprinzip leitet sich aus Art. 20 GG. Abs. 1 ab, nach dem die Bundesrepublik ein demokratischer und sozialer Bundesstaat ist, sowie aus Art. 28 GG Abs. 1 Satz 1, nach dem die verfassungsmäßige Ordnung den Grundsätzen des republikanischen, demokratischen und sozialen Rechtsstaats entsprechen soll. Das Sozialstaatsprinzip bietet eine breite Interpretationsmöglichkeit, doch ist mit diesem Begriff

publik gehören drei Grundsätze (Blanke 1999): den der angemessenen Teilhabe, der Grundsatz der Leistungsgerechtigkeit und der Grundsatz der Bedarfsgerechtigkeit. Eine Aufgabe des Staates ist, eine ex-ante Umverteilung zu organisieren, damit Risikolagen sich nicht manifestieren.

Das Prinzip der Bedarfsgerechtigkeit in der Krankenversicherung besagt, dass jeder nach seinen Bedürfnissen Leistungen erhalten soll, wobei sich dieser Bedarf an dem medizinisch Notwendigen orientieren sollte. Im Gesundheitswesen ist eine Unterscheidung zwischen objektivem Bedarf und subjektiven Bedürfnissen wichtig. Das Problem besteht in der Bestimmung des Umfangs und der Intensität der individuellen Bedürfnisse, die interpersonell unterschiedlich sein können.<sup>97</sup> Zudem kann es im zeitlichen Verlauf zu einer Korrektur des Bedarfs kommen. Anhänger des Bedarfsgerechtigkeitsprinzips gehen daher von der Annahme aus, dass alle Menschen die gleichen gesundheitlichen Bedürfnisse haben (Giersch 1960: 75ff.). In westeuropäischen Staaten hat sich die mittlerweile allgemein anerkannte Vorstellung durchgesetzt, einen gleichen Zugang zu einer gesundheitlichen Versorgung zu gewähren. Gerechtigkeit und Gleichheit in der Gesundheitsversorgung kann aber unterschiedlich interpretiert werden.

Das für die Beitragsgestaltung und Leistungsgewährung in der GKV und PKV verwendete Solidar- bzw. Äquivalenzprinzip, leitet sich aus den jeweiligen Richtungen einer auf Gerechtigkeit basierenden Gesundheitsversorgung ab.

Das Solidarprinzip in der GKV besagt, dass die Beitragsgestaltung nach dem Leistungsfähigkeitsprinzip<sup>98</sup> und der Leistungsanspruch nach dem Bedarfsprinzip (dem medizinisch Notwendigen) geregelt sein sollte. Allen Versicherten wird ein einheitlicher Leistungsanspruch garantiert (vgl. Ehlers 1998: 153). Die individuelle Leistungsfähigkeit bezeichnet die Wohlfahrt bzw. das Nutzenniveau eines Menschen. Der individuelle

---

weder ein absoluter Minimalstaat, mit einer Verletzung der Existenzmöglichkeiten seiner Bürger, noch ein absoluter Versorgungsstaat mit umfassender Risikovorsorge und Versorgung gemeint.

<sup>97</sup> Eine allgemein gültige Definition eines objektiven Bedarfs in der Gesundheitsversorgung kann es schon aufgrund der Vielfalt von Krankheiten, Krankheitsverläufen und Voraussetzungen auf der Seite der Kranken nicht geben. Die "Bedarfsgerechtigkeit" von Leistungen ist daher vielfach Streitpunkt von Verhandlungen des Bundessozialgerichts.

<sup>98</sup> Strenggenommen ist die Anwendung des Leistungsfähigkeitsprinzips als Bestandteil der solidarischen Finanzierung in der GKV nicht im SGB festgeschrieben. Folgt man dem §3 SGB V ("Solidarische Finanzierung"), so wird dort nur festgelegt, dass die Leistungen und sonstigen Ausgaben der Krankenkassen durch *Beiträge* finanziert werden. "Dazu entrichten die Mitglieder und Arbeitgeber Beiträge, die sich in der Regel nach den beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder richten. Für versicherte Familienange-

Nutzen ist unbekannt, daher wird als Messung dieser Größe auf das individuelle Einkommen zurückgegriffen. Das individuelle Leistungsfähigkeitsprinzip unterscheidet dabei nicht nach der Quelle des Einkommens. In der GKV wird aber faktisch die individuelle Leistungsfähigkeit am Erwerbseinkommen festgeschrieben.

Vom Grundsatz besagt das Äquivalenzprinzip, dass eine Prämie dem Erwartungswert einer Versicherungsleistung entsprechen muss und erfüllt damit den eigentlichen Versicherungscharakter. D.h. der Beitrag eines Versicherten stellt eine äquivalente Abgabe für die Versicherungsleistung dar (SVRKAiG 1994: 190). Neben dem Prinzip der Risikoäquivalenz (gleiche Leistung aber verschiedene Beiträge bei verschiedenem Risiko) wird das Prinzip der Leistungsäquivalenz (für verschiedene Leistungen werden verschiedene Beiträge bei gleichem Risiko unterstellt) in der PKV angewendet. Die versicherungstypische Aufgabe des Risikoausgleichs wird in der PKV intertemporal vorgenommen, da die erwarteten, auf die Gegenwart diskontierten individuellen Beitragseinnahmen gleich den erwarteten, auf die Gegenwart diskontierten individuellen Ausgaben für Versicherungsleistungen entsprechen sollen.

Mit dem Solidar- bzw. Äquivalenzprinzip ist ein verschieden hohes Maß an Umverteilung verbunden. Während in der GKV neben der rein versicherungsimmanente Umverteilung zwischen gesunden und kranken Versicherten auch die bereits oben beschriebene sozialpolitisch motivierte Umverteilung stattfindet, wird dagegen bei Verwendung des Äquivalenzprinzips vom Grundsatz her nur die rein versicherungsimmanente Umverteilung vorgenommen. Damit spiegeln das Äquivalenz- und Solidarprinzip das Verhältnis von Solidarität und Eigenvorsorge in der Finanzierung von Krankenversicherungsschutz wider.

#### **4.4.1 Beitragsgerechtigkeit**

Gerechtigkeit in der Krankenversicherung kann z.B. an der individuellen Beitragsbelastung gemessen werden. Daher wird gefordert (so z.B. Wille 2000: 263), dass sich Reformen in der GKV an dem Aspekt der Beitragsgerechtigkeit orientieren sollten. Im Sinne einer horizontalen Gerechtigkeit ist ein gerechter Beitrag zu erwarten, wenn bei gleicher finanzieller Leistungsfähigkeit auch der gleich hohe Krankenversicherungsbeitrag entrichtet wird. Vertikale Gerechtigkeit setzt voraus, dass Versicherte mit unter-

---

hörige werden Beiträge nicht erhoben". Eine genaue Ausgestaltung dieser *Beiträge* ist in diesem Paragra-

schiedlicher finanzieller Leistungsfähigkeit auch unterschiedlich hohe Beiträge entrichten. Betrachtet man die gegenwärtige Situation in der GKV so ist erkennbar, dass in vielfacher Hinsicht gegen den Aspekt der Beitragsgerechtigkeit verstoßen wird.

Einen solchen Verstoß kann man zunächst darin sehen, dass als Bemessungsgrundlage nicht alle Einkommen herangezogen werden und dadurch die tatsächliche finanzielle Leistungskraft eines jeden Versicherten mit Krankenversicherungsbeiträgen häufig nicht angemessen berücksichtigt wird.

- Derzeit besteht in der GKV eine einseitige Belastung des Erwerbseinkommens aus abhängiger Beschäftigung und eine Privilegierung von Nicht-Arbeitseinkommen. Freiwillig Versicherte in der GKV werden dagegen nach ihrer tatsächlichen finanziellen Leistungsfähigkeit mit Beiträgen belastet, da neben Einkommen aus abhängiger Tätigkeit auch sonstige Einkunftsarten als Bemessungsgrundlage herangezogen werden. Dies sind unter anderem Selbständigeneinkommen, alle Arten von Rentenzahlungen aber auch Kapitalerträge und Einnahmen aus Vermietung und Verpachtung.
- Eine unterschiedliche Beitragsbemessung findet zudem innerhalb der Gruppe der freiwillig Versicherten statt. Freiwillige Mitglieder in der GKV und Selbständige werden unterschiedlich bezüglich der Mindestbemessungsgrenze behandelt. Nach einem Urteil des Bundesverfassungsgerichts (BVerfG 2001a) stellt eine Mindestbemessungsgrenze für Selbständige in der GKV keinen Verstoß gegen den Gleichheitsgrundsatz dar. Eine unterschiedliche Behandlung bezüglich der Mindestbemessungsgrenze sei gerechtfertigt, da die Einnahmen, die der Beitragsbemessung zugrunde liegen, bei Selbständigen anders ermittelt werden als bei sonstigen freiwilligen Mitgliedern. Es wird unterstellt, dass Selbständige nur Nettoeinkommen geltend machen, da betriebsbedingte Ausgaben vom Umsatz abgezogen werden. Bei sonstigen freiwilligen Mitgliedern wird davon ausgegangen, dass die Grundlage der Beitragsbemessung Bruttoeinkommen sind. D.h. hauptberuflich Selbständige mit niedrigem Einkommen können höher belastet werden als vergleichbare freiwillige Mitglieder in der GKV.
- Die Beitragsbemessung bei Mitversicherten (z.B. erwerbslose Ehepartner) orientiert sich nicht an der tatsächlichen finanziellen Leistungsfähigkeit. Unabhängig von der Einkommenssituation eines nicht versicherungspflichtigen Mitversicherten besteht Beitragsfreiheit. Die beitragsfreie Familienversicherung ist einer traditionellen Fami-



lien- und Sozialpolitik entsprungen und wird den Anforderungen einer gerechten Beitragsgestaltung infolge des gesellschaftlichen Wandels aber heute nicht mehr gerecht (vgl. Teil A in Tabelle 15).

- Die degressive Wirkung der Beitragsbemessungsgrenze ist nicht mit einer gerechten Beitragsbelastung vereinbar. Die Beitragszahlungen steigen proportional mit der Bemessungsgrundlage an. Bei einheitlichen Versicherungsleistungen führt dies zu einer personellen Umverteilung bis zur BBG. Von der BBG an hört eine weitere Umverteilung abrupt auf, die Grenzabgabenbelastung der Einkommen oberhalb dieser Grenze beträgt Null. Die relative Beitragsbelastung sinkt von der BBG an mit wachsendem Einkommen somit kontinuierlich ab. Es kommt so zu einer Tarifdegression, die gegen den Grundsatz der vertikalen Gerechtigkeit verstößt. Beispiel: Ein Alleinstehender mit einem Monatseinkommen von 12.000 DM oder mehr zahlt weniger Beiträge als ein Ehepaar, welches jeweils 6.000 DM verdient.
- Schließlich besteht für Personen mit einem Einkommen oberhalb der Versicherungspflichtgrenze die Möglichkeit, sich dem Solidarprinzip der GKV durch einen Wechsel zur PKV völlig zu entziehen. Da sich Personen mit niedrigerem Einkommen der Pflichtversicherungspflicht und dem Solidarzwang quasi nicht entziehen können, ist eine allgemeine Beitragsgerechtigkeit nicht gewährleistet.

**Tabelle 15: Beitragsbelastungsunterschiede in der GKV im Jahre 2001**

<b>A – Beitragsfreie Familienmitversicherung</b>			
	<b>Ehemann</b>	<b>Ehefrau</b>	<b>Haushalt insgesamt</b>
	in DM/Monat		
<b>Arbeitseinkommen</b>	6.525	3.475	10.000
<b>Beitragsbelastung</b>	881	469	1350
<b>Arbeitseinkommen</b>	10.000	---	10.000
<b>Beitragsbelastung</b>	881	---	881
<b>Arbeitseinkommen</b>	4.000	2.525	6.525
<b>Beitragsbelastung</b>	540	341	881
<b>B – Beitragspflichtige Einkommensarten</b>			
	<b>aus Arbeit</b>	<b>aus Kapital</b>	<b>Einkommen insgesamt</b>
	in DM/Monat		
<b>Einkommen</b>	6.525	---	6.525
<b>Beitragsbelastung</b>	881	---	881
<b>Einkommen</b>	4.525	2.000	6.525
<b>Beitragsbelastung</b>	611	---	611
<b>Einkommen</b>	4.525	---	4.525
<b>Beitragsbelastung</b>	611	---	611

Quellen BDA 2001: 31 und eigene Ergänzungen. Unterstellter Beitragssatz 13,5 Prozent.

#### 4.4.2 Verteilungsgerechtigkeit

Als Bewertungsmaßstab zur Beurteilung der Gerechtigkeit im System der GKV wird auch die Einkommensumverteilung herangezogen. Die Umverteilungswirkungen in der GKV sollten auf der Basis der mit ihnen verfolgten Ziele beurteilt werden. Das primäre Verteilungsziel in der GKV wird mit dem Sozialstaatsprinzip begründet, das sich aus Art. 20 GG. in Verbindung mit Art. 28 GG. ableitet. Durch Umverteilungsmaßnahmen soll der Schutz der wirtschaftlich und sozial schwächeren Bevölkerung sichergestellt werden. Der soziale Ausgleich in der GKV soll somit eine bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung sicherstellen, die unabhängig von der individuellen finanziellen Leistungskraft ist. Das übergeordnete Bewertungskriterium für Umverteilungsmaßnahmen in der GKV stellt damit das allgemeine Ziel der Gerechtigkeit dar.

Nach Ansicht von Wenzel (1999: 65) gehen die bestehenden Umverteilungsmaßnahmen in der GKV allerdings über das Maß hinaus, das zu einer bedarfsgerechten Gesundheitsversorgung notwendig wäre. In der GKV finden erhebliche interpersonelle Umverteilungsprozesse statt, die sich nicht allein aus dem Risikoausgleich sondern auch durch den Einkommensausgleich ergeben. Die Hauptkritik an den Umverteilungswirkungen der GKV zielt darauf, dass der Gesamtumfang der Umverteilung als zu hoch angesehen wird und dass einzelne Umverteilungswirkungen Ungerechtigkeiten erzeugen.

Auf Basis der folgenden Berechnung gehen Schätzungen für das Jahr 1998 von bis zu 38 Mrd. Euro Einkommensumverteilung in der GKV aus (Vereinte Krankenversicherung 2001). Eine rein kalkulatorische Pro-Kopfprämie in der GKV beläuft sich bei 127 Mrd. Euro GKV-Ausgaben und 51,9 Mio. Beitragszahlern auf rund 2450 Euro pro Jahr. Bei einem Beitragssatz von 14 % sind Personen mit einem Bruttoeinkommen oberhalb 1458 Euro Nettozahler.<sup>99</sup> Rund 33,6 Mio. Beitragszahler haben ein Einkommen unterhalb dieser Grenze, daraus lässt sich das Volumen der Umverteilung abschätzen.

Sollbeiträge: 33,6 Mio. \* 2450 Euro = 82,3 Mrd. Euro

Ist-Beiträge: 44,3 Mrd. Euro

Differenz 38,0 Mrd. Euro<sup>100</sup>

---

<sup>99</sup> Hierbei ist allerdings das Krankengeld als eigenständige Leistung herauszurechnen. Das Krankengeld macht rund 1,1% der Leistungsausgaben aus (vgl. Lutz und Schneider 1998).

<sup>100</sup> Schadendorf (1998: 730) geht von rund 50 Mrd. DM Umverteilung aus.

Verteilungseffizienz liegt dann nicht vor, wenn andere Umverteilungsmaßnahmen (direkte Transfers) eine effizientere alloкатive und distributive Wirkung haben. Dass wird z.B. durch die Arbeit von Lutz und Schneider (1998) veranschaulicht, die für eine Verlagerung der Umverteilungsmaßnahmen in das Steuer- und Transfersystem plädieren (vgl. auch Breyer 1997a, SVR 1997: Ziffer 431f.).<sup>101</sup> Bei einem Ausgleichsbedarf von mehr als 21 Mrd. DM (auf Basis der Beitrags- und Leistungsausgaben der GKV aus dem Jahre 1989) kamen Lutz und Schneider auf fehladressierte Leistungen im Umfang von mehr als 19 Mrd. DM, unnötige Mehrleistungen in Höhe von mehr als 1,4 Mrd. DM und armutsverschärfende Nettozahlungen in Höhe von knapp 4 Mrd. DM. "Die Zahlen belegen die geringe sozialpolitische Effizienz des praktizierten sozialen Ausgleichs" (Lutz und Schneider 1998: 737). Gegeben die gestiegenen Leistungsausgaben in der GKV, ist heute von einem weitaus höheren Umverteilungsvolumen mit weiterhin hoher sozialpolitischer Ineffizienz auszugehen.

## **5 Grundsatzformen der Organisation und Finanzierung von Gesundheitssystemen**

Die Absicherung eines Krankheitsrisikos lässt sich nach verschiedenen Kriterien unterscheiden (vgl. Greiner und Schulenburg 1996: 118):

- nach dem Grad der Freiwilligkeit (freiwillige Vorsorge versus Versicherungspflicht)
- nach dem Träger der Vorsorge (private versus kollektive Absicherung)
- nach der Art der Finanzierung und
- dem Leistungsumfang.

Die Entscheidung für eine bestimmte Finanzierungsform im Gesundheitswesen ist eng mit Gerechtigkeitsvorstellungen und Vorstellungen über die Aufgaben eines Sozialstaates verbunden; insbesondere das Maß an Solidarausgleich und Subsidiarität ist danach ausgerichtet. Im Folgenden wird kurz auf ordnungspolitische Grundmuster eingegangen.

---

<sup>101</sup> Für eine Trennung der Umverteilungs- und Versicherungsaufgaben spricht auch die aus der Finanzwissenschaft bekannte "ZMT-Kompetenzverteilungsregel", nach der jedes wirtschaftspolitische Ziel nur mit dem jeweils relativ besten dafür verfügbaren Instrument und nur von der Stelle verfolgt werden soll, die über die besten Informationen verfügt. Dies ist in der GKV nicht gegeben (Schadendorf 1998).

## 5.1 Idealtypische Modelle der Gesundheitssicherung

In Abhängigkeit von dem theoretischen Bezugsrahmen, der den verschiedenen Modellen für den Sozialstaat zugrunde liegt, reichen die möglichen Organisationsformen des Gesundheitswesens von rein privaten, über den Markt gesteuerten Versicherungsmodellen bis zu rein staatlich organisierten Fürsorgesystemen.<sup>102</sup> Es sind viele verschiedene Mischformen denkbar, jedoch ist es sinnvoll, sich auf folgende idealtypischen Konzeptionen zu beschränken (Übersicht 3).

Aus den jeweiligen idealtypischen Konzeptionen lassen sich drei Grundarten der finanziellen Absicherung im Krankheitsfalle ableiten (vgl. Greiner und Schulenburg 1996: 118ff.):

- staatlich organisierte Gesundheitssysteme mit Steuerfinanzierung,
- Sozialversicherungsmodelle mit Beitragsfinanzierung und
- marktlich organisierte Privatversicherungsmodelle mit Versicherungsprämien oder individuellem Sparen.

Übersicht 3: Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens - Idealtypen

Träger	Privat-versicherungen	Sozial-versicherung	staatliches Fürsor-gesystem
Regulierende In-stanz	Markt	Staat und Selbstver-waltung	Staat
Organisation	Versicherungsmodell	Vorsorgemodell	Fürsorgemodell
adäquate Finanzie-rungsart	(freiwillige) Prämie	Zwangs-Beiträge	Steuern
Gutscharakter	privates Gut	meritorisches Gut	öffentliches Gut
Ziel der Finanzie-rungsform	Optimale Steuerung über den Markt (z.B. Preis)	Verteilung der Kosten nach der Leistungs-fähigkeit der Abgabepflichtigen	

Quelle: Eigene Darstellung.

### 5.1.1 Staatlich organisierte Gesundheitssysteme

In einem staatlich organisierten Gesundheitssystem wird die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung als eine öffentliche Aufgabe verstanden. Das Leitbild hierfür ist das auf dem Grundgedanken der Egalität basierende Prinzip der "Verteilungsgerechtigkeit".

<sup>102</sup> Einen umfassenden Vergleich von beitrags- und steuerfinanzierten Systemen im Bereich der Arbeitsmarktpolitik gibt z.B. Schmid (1986).

Es besteht ein Grundrecht auf den Zugang zu einer – bei gleichem Bedarf – einheitlichen medizinischen Versorgung, die nicht durch die Zahlungsfähigkeit des Einzelnen bestimmt ist. Die Gewährung von Leistungen ist an die Bedürftigkeit gebunden. Es werden keine Beiträge erhoben, und die Leistungen stehen allen Bürgern ohne direkte Gegenleistungen kostenlos zur Verfügung. Die Finanzierung wird aus allgemeinen öffentlichen Mitteln (Steuern) getätigt. Sie ist damit abhängig von der allgemeinen Budgetsituation und steht dabei immer in Konkurrenz zu anderen staatlichen Aufgaben. Es besteht keine Äquivalenz zwischen individuellem Beitrag und empfangener Leistung. Im politischen Aushandlungsprozess wird entschieden, wie viel eine Gesellschaft für das Gesundheitswesen ausgeben will. Die Angebotskapazitäten werden staatlich geplant (vgl. Sommer 1999: 175ff.).

Staatlich organisierte Gesundheitssysteme mit Steuerfinanzierung können als Fürsorge- oder Versorgungsmodelle (Beveridge-Systeme) ausgestaltet sein. Das Wesen einer allgemeinen Steuer liegt darin, dass kein Bürger aufgrund der Steuerpflicht einklagbare Ansprüche auf eine bestimmte Leistung erheben kann. Da eine Leistung nach dem Bedürftigkeitsprinzip gewährt wird, muss der Staat Fürsorge für eine angemessene Gesundheitsversorgung tragen. Bei steuerfinanzierten Sozialsystemen handelt es sich demnach im gewissen Sinne immer um Fürsorgesysteme (Wille 1999b: 98). Reine *Fürsorgemodelle* sind grundsätzlich streng subsidiär organisiert. Eine Hilfe erfolgt nur dann, wenn alle anderen Einkommensquellen oder Unterhaltsleistungen ausgeschöpft sind und eine Bedürftigkeitsprüfung dies auch festgestellt hat. Art und Höhe der empfangenen Leistung bemisst sich nach der individuellen Notlage, es wird jedoch nur das Existenzminimum gewährt. Ein festumrissener Anspruch besteht nicht.<sup>103</sup>

Dem *Versorgungsmodell* liegt ebenfalls die Idee zugrunde, eine allgemeine Grundversorgung unabhängig von einer Vorleistung für alle Bürger zu gewährleisten. Eine Bedürftigkeitsprüfung wird i.d.R. nicht vorgenommen. Bei Vorliegen eines individuellen Anspruchstatbestands ist dieser rechtsverbindlich und einklagbar. Die Höhe der Grundversorgung liegt jedoch oberhalb des Existenzminimums.<sup>104</sup>

Einer staatlich organisierten Gesundheitsversorgung liegt die Annahme zugrunde, dass das Parlament in der Lage ist, das richtige Ausmaß an Mitteln für eine notwendige und bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung zu bestimmen. Als wichtiger Kritikpunkt wird

---

<sup>103</sup> Als ein Beispiel ist Medicare und Medicaid in den USA zu nennen.

eine geringere Effizienz aufgrund schwerfälliger bürokratischer Abläufe, die zu zusätzlichen Kosten führen, genannt (Sommer 1999: 276). Im Falle eines staatlich organisierten Gesundheitssystems, ist von keiner bedarfsgerechten Gesundheitsversorgung auszugehen. Damit besteht für steuerfinanzierte Lösungen stets das Problem einer Unterversorgung. Steuerfinanzierte Lösungen können auch Kapazitätsengpässe (Wartelisten) mit sich bringen und generell den Präferenzen der Versicherten in Bezug auf Wahlfreiheit oder Leistungsumfang widersprechen.

Durch den Anspruch auf eine gesundheitliche Versorgung, kann es zu einer Schwächung der Eigenverantwortung und der privaten Leistungsbereitschaft auf der Seite der Bürger kommen. Steuerfinanzierte Sozialsysteme entsprechen somit nicht dem Subsidiaritätsprinzip (Wille 1999b: 98). Zudem besteht die Gefahr ineffizienter Angebotsstrukturen, wenn die Leistungsanreize für die Erbringer der Gesundheitsleistungen zu gering sind. Staatlich organisierte Gesundheitssysteme haben zudem eine Tendenz zu einer Zwei-Klassenmedizin, da private Zusatzversicherungen individuelle Bedürfnisse oder die Umgehung von Wartelisten ermöglichen.

Steuerfinanzierte Systeme weisen im internationalen Vergleich, gemessen am BIP, einen unterdurchschnittlichen Anteil der Gesundheitsausgaben auf.<sup>105</sup> Das könnte auf eine generell und kostenbegrenzende Wirkung schließen, die unter anderem durch eine effektive Planung der Gesundheitsversorgung und durch eine integrative Versorgung von ambulantem und stationärem Bereich möglich ist.<sup>106</sup>

Die im internationalen Vergleich niedrigere Quote der Gesundheitsausgaben, stellt allerdings keineswegs einen zwingenden Beweis dafür dar, dass die medizinischen Leistungen in jedem Fall effizient und bedarfsgerecht erbracht werden. Staatlich organisierte Gesundheitssysteme können zwar eine gerechte Gesundheitsversorgung gewährleisten, da ein gleicher Zugang für alle Personen, unabhängig von der individuellen Zahlungsfähigkeit möglich ist. Als gerecht kann diese Gesundheitsversorgung jedoch

---

<sup>104</sup> Beispielhaft sei hier der britische National Health Service (NHS) aufgeführt.

<sup>105</sup> Steuerfinanzierte Sozialsysteme besitzen gegenüber lohnbezogenen, beitragsfinanzierten Systemen zudem den Vorteil, dass die Abgabenbelastung nicht allein den Faktor Arbeit trifft.

<sup>106</sup> Als hervorhebenswertes Beispiel hierfür ist Finnland zu nennen. Hier werden Gesundheitsversorgung und Leistungserbringung, sowie deren Finanzierung als zentrale öffentliche Aufgaben angesehen und offenbar optimal bewältigt. Finnland weist ein hohes Maß an Versorgungssicherheit und an Integration der Leistungsbereiche auf, wobei die Qualität der Versorgung offenbar gut ist. Auf letzteres lassen eine hohe Lebenserwartung und die hohe Akzeptanz durch die Bevölkerung schließen. Der Anteil der Gesundheitsausgaben ist, gemessen am BIP, vergleichsweise gering (2000 betrug er 6,7%, OECD 2003).

nur dann bezeichnet werden, wenn sie dem Bedarf entspricht und keine Anreize bestehen private Zusatzversicherungen abzuschließen.

### **5.1.2 Sozialversicherungsmodelle**

In sozialen Sicherungssystemen nach dem Modell der von Bismarck Ende des 19. Jahrhunderts eingeführten Sozialversicherung, werden Risiken (wie das einer Erkrankung) innerhalb eines großen Versichertenpools gemeinschaftlich abgesichert. Es gilt ein einheitlicher, gesetzlich geregelter Leistungskatalog, der individuell einklagbar ist. Die Leistungen werden nach dem Sachleistungsprinzip gewährt. Die Finanzierung richtet sich nach dem Solidarprinzip bzw. Leistungsfähigkeitsprinzip, d.h. es wird angestrebt, dass jeder Versicherte nach seiner individuellen finanziellen Leistungsfähigkeit Beiträge zur Sozialversicherung entrichtet. Um Moral hazard zu vermeiden besteht Zwangsmitgliedschaft. Es wird i.d.R. ein periodengerechtes Umlageverfahren angewendet, d.h. laufende Ausgaben werden aus laufenden Einnahmen bestritten.

In beitragsfinanzierten Sozialsystemen besteht keine direkte Äquivalenz zwischen Beitrag und empfangener Leistung. Mit einkommensbezogenen Beiträgen sind umfangreiche Umverteilungsaufgaben verbunden, die die allokativen Effizienz senken können. Da der Leistungsumfang in einer Sozialversicherung die Tendenz hat über dem tatsächlichen Bedarf zu liegen, sind Effizienzverluste für die Gesamtwirtschaft durch hohe Lohnnebenkosten und Ausbreitung der Schattenwirtschaft möglich. Durch die i.d.R. einseitige Belastung des Faktors Erwerbseinkommen als primärer Bemessungsgrundlage, geraten beitragsfinanzierte Systeme auch unter internationalen Standortwettbewerb (Greiner und Schulenburg 1996: 134). Verteilungsgerechtigkeit, Verteilungseffizienz und Beitragsgerechtigkeit sind in Sozialversicherungssystemen durch sozialpolitische Vorgaben (bspw. die beitragsfreie Familienversicherung) zudem eingeschränkt.

### **5.1.3 Marktwirtschaftlich organisierte Privatversicherungsmodelle**

Dem marktwirtschaftlich organisierten Privatversicherungsmodell liegt ein libertäres Bild einer Gesundheitsversorgung zugrunde (Sommer 1999: 280). Die individuelle Versorgung soll durch Wahlfreiheit, Eigenverantwortung sowie Zahlungswilligkeit und -fähigkeit des Individuums bestimmt werden. Vorrangiges Ziel ist neben einer weitgehenden Wahl- und Handlungsfreiheit des Individuums eine effiziente Ressourcenverwendung. Der Leistungsumfang wird nach der individuellen Präferenz und dem individuellen Bedarf festgelegt, und Leistungen nach dem Kostenerstattungsprinzip gewährt.

Die Prämien werden nach der versicherungstechnischen Risikoäquivalenz erhoben, d.h. proportional zum entsprechenden Erwartungswert bzw. zu der Eintrittswahrscheinlichkeit eines Versicherungsfalles.<sup>107</sup> Krankenversicherungen fungieren als Mittler zwischen Angebot und Nachfrage. Krankenkassen handeln mit Leistungserbringern den Preis und die Angebotsorganisation aus. Versicherte können zwischen Krankenkassen und Versicherungsoptionen wählen. Eine Mitgliedschaft beruht auf Freiwilligkeit. Der Staat setzt Rahmenbedingungen in Form eines obligatorischen Grundversorgungspakets sowie für die Gewährleistung der Wahlfreiheit, die Sicherstellung der Versorgung (Zugang durch Kontrahierungszwang auf Seiten der Anbieter, Qualität durch Mindeststandards) und die Verhinderung von Wettbewerbsverzerrungen auf Seiten der Anbieter.

Neben dem marktwirtschaftlich organisierten Privatversicherungsmodell besteht eine weitere Form der privaten Vorsorge in Form von individuellem Sparen. Durch Rückgriff auf individuelles Einkommen und Vermögen, z.B. durch eine Kapitallebensversicherung oder Direktzahlungen aus dem laufenden Einkommen, sollen anfallende Gesundheitskosten gedeckt werden. Die finanzielle Belastung durch eine Erkrankung kann jedoch höher sein als die betriebene Vorsorge, so dass eine bedarfsgerechte Versorgung nicht mehr gewährleistet ist.<sup>108</sup>

Unter den Annahmen des neoklassischen Modells kann das marktwirtschaftlich organisierte Privatversicherungsmodell und das individuelle Sparen zu effizienten und bedarfsgerechten Lösungen führen, wenn die Nachfrager am Markt ihren Präferenzen gemäß Nachfrage ausüben (können) (Greiner und Schulenburg 1996: 130).<sup>109</sup> In der Realität kann eine bedarfsgerechte Versorgung allerdings unter anderem deshalb nicht erreicht, wenn eine Mindereinschätzung künftiger Bedürfnisse auf Seiten der Nachfrager vorliegt.

Durch die risikoäquivalente Beitragsgestaltung in der privaten Krankenversicherung kann es zu Lücken im Versicherungsschutz aufgrund finanzieller Überforderung kommen. Denn wenn allein die individuelle Zahlungsfähigkeit für die Finanzierung der

---

<sup>107</sup> Zusätzlich kann ein Anwartschaftsdeckungsverfahren angewendet werden, welches einen Kapitalbestand zur Deckung künftiger Ausgaben aufbaut.

<sup>108</sup> Eine besondere Form der Direktzahlung stellen Zuzahlungen dar.

<sup>109</sup> Hierbei wird davon ausgegangen, dass die Versicherten unterschiedliche Präferenzen hinsichtlich ihrer medizinischen Versorgung haben und dass eine Definition für die Grundversorgung (Wirksamkeit, Angemessenheit, Bedarf, Kosten der medizinischen Leistungen) gefunden werden kann.



Gesundheitsversorgung maßgeblich ist, kann eine bedarfsgerechte Versorgung nicht gewährleistet werden.<sup>110</sup>

Zum Abschluss folgt hier eine Aufstellung mit Charakteristika ausgewählter Formen des Gesundheitsschutzes (Übersicht 4).

Übersicht 4: Charakteristika verschiedener Formen des Gesundheitsschutzes

<b>Finanzierungsmodelle / Charakteristika</b>	<b>Steuerfinanzierte Gesundheitsversorgung</b>	<b>Beitragsfinanzierte Arbeitnehmerversicherung</b>	<b>Beitragsfinanzierte Familienversicherung</b>	<b>Prämienfinanzierte private Pflichtversicherung</b>
Träger der Finanzierung	Gebietskörperschaften	gesetzliche Kassen	gesetzliche Kassen	private Krankenversicherung
Versicherungspflichtiger Personenkreis	keine Versicherungspflicht notwendig	Bürger mit Arbeitseinkommen bis zur Pflichtgrenze	abhängig von der Existenz einer Pflichtgrenze	alle Bürger
Abgabeart	Steuern	Beiträge	Beiträge	Prämien
Bemessungsgrundlage	alle Einkünfte	im Prinzip Arbeitseinkommen	alle Einkünfte	Versicherungstechnisches Risiko
Pflichtgrenze	nein	ja	möglich	nein
Beitragsbemessungsgrenze	nein	ja	ja	nein
Abgabekriterium	Leistungsfähigkeitsprinzip	gruppenmäßige Äquivalenz	Zurechenbarkeit im Sinne Affektion	individuelle Äquivalenz
Umverteilungseffekte	sehr stark ausgeprägt	vorhanden	stark ausgeprägt	nicht intendiert
Beitragsfreie Mitversicherung	ja	ja	ja	nein
Obligatorischer Arbeitgeberbeitrag	nein	ja	nein	nein
Korrespondierender Leistungskatalog	offen	ziemlich umfangreich	offen	eher eingeschränkt
Transparenz über Gesundheitsversorgung	nicht mehr gegeben	sektorspezifisch gegeben	sektorspezifisch gegeben	individuell und sektorspezifisch
Kassenwettbewerb	nicht möglich	möglich	möglich	gegeben
Konjunkturelle Abhängigkeit der Einnahmen	abhängig	sehr abhängig	abhängig	unabhängig
Praktikabilität	einfach	einfach	aufwendig	einfach
Manipulationsmöglichkeiten	gering	erheblich	gering	sehr gering

Quellen: Eigene Darstellung auf Basis von SVRKAiG (1994: 202).

## 5.2 Wettbewerb und staatliche Interventionen im Gesundheitswesen

<sup>110</sup> Sollen sowohl eine bedarfsgerechte Versorgung erreicht als auch finanzielle Überforderung vermieden werden, müsste es eine Pflicht zu ausreichendem Versicherungsschutz und sozialen Ausgleich geben. Rein

Die Diskussion um mehr Wettbewerb im Gesundheitswesen geht von den Annahmen aus, dass es in diesem Bereich – insbesondere als Folge von Steuerungs- und Koordinationsmängeln – erhebliche Rationalisierungsreserven und Ineffizienzen gibt. Entsprechend wird unterstellt, dass mehr Wettbewerb – insbesondere in der GKV – helfen könnte, die Schwachstellen der gesundheitlichen Versorgung abzubauen oder zumindest die Ineffektivitäten und Ineffizienzen des bisherigen Gesundheitssystems zu reduzieren (Wille 1998: 98).

Die Forderung nach mehr Wettbewerb im Gesundheitswesen basiert auch auf der ökonomischen Theorie: Nach den Voraussetzungen eines Gleichgewichtsmodells mit vollem Wettbewerb (Arrow-Debreu-Modell) erzielt der Markt die bestmöglichen Ergebnisse, ein Pareto-Optimum wird erreicht (Arrow und Debreu 1954).<sup>111</sup>

"Nach üblichem Verständnis von Ökonomen sind Staatseingriffe in das Marktsystem dann und nur dann gerechtfertigt, wenn der Markt "versagt", d.h. kein (pareto)optimales Allokationsergebnis zustande bringt" (Buchholz 2001: 84).<sup>112</sup> Nach Rolf et al. (1988: 21) sind folgende Sachverhalte als Begründung für staatliche Interventionen aufzuzählen:

- (1) Nicht-Rivalität zwischen bestimmten Gütern und Diensten sowie die Unmöglichkeit, potenzielle Konsumenten vom Konsum auszuschließen (öffentliche Güter),

---

marktwirtschaftlich organisierte Privatversicherungsmodelle sehen keine Subventionierung von wirtschaftlich Schwachen vor, doch ist dies als eine Modellvariante denkbar (Böcken et al. 2000: 134).

<sup>111</sup> In einem idealtypischen Modell erfüllt der Wettbewerb im Allgemeinen folgende Funktionen (Wille 1999a: 103f., Fritsch et al. 2001: 7): (1) Einräumung von Handlungs- und Wahlfreiheiten, (2) Verhinderung wirtschaftlicher Machtbildung, (3) Steuerung der Produktion von Gütern und Dienstleistungen nach den Präferenzen der Konsumenten, (4) Förderung dynamischer, effizienter Produktion durch Zwang zur Rationalisierung und Fähigkeit zur Anpassung, (5) Stimulierung des technischen Fortschritts und einer flexiblen Anpassung an veränderte Rahmenbedingungen, (6) Entlohnung nach der erbachten Leistung und eine Markt- bzw. leistungsgerechte Einkommensverteilung infolge allokationseffizienter Anreizstrukturen sowie die Vermeidung monopolistischer Renten.

<sup>112</sup> Für den Ordo-Liberalismus, der theoretischen Grundlage der bundesrepublikanischen sozialen Marktwirtschaft, besteht die Aufgabe eines starken Staates darin, eine funktionsfähige Wettbewerbsordnung zu sichern. Nach Walter Eucken (1990), dem bekanntesten Vertreter der ordoliberalen Schule, ist die vollständige Konkurrenz eine notwendige Bedingung für einen funktionsfähigen Wettbewerb. Der Wettbewerb soll so ausgestaltet sein, dass viele kleine Unternehmen im Preiswettbewerb miteinander stehen. Diese Wettbewerbsordnung wird als Garant für eine gerechte (Einkommens-) Verteilung angesehen. Da Marktversagen (im Bereich der Gesundheitsversorgung) vorliege und der Marktprozess ungleiche (Ausgangs-) Bedingungen verursache, müsse der Staat jedoch ein Korrektiv bilden, um Haushalte mit geringem Einkommen grundlegende Bedürfnisbefriedigung zu gewähren. Diese Aufgabe der Sozialpolitik kann nach Ansicht Euckens eine progressiv ausgestaltete Einkommensteuer erfüllen. Die Belastung mit solchen Abgaben habe ihre Grenze aber dort, wo sie die Investitionstätigkeit der privaten Unternehmen gefährdet. Vgl. zum Sozialstaatskonzept der Bundesrepublik auch Blanke (1999).

- (2) die Unmöglichkeit, bestimmte Produktions- und Konsumtionszusammenhänge so zu separieren, dass sie individuell zurechenbar werden (Externalitäten)<sup>113</sup>,
- (3) asymmetrische Verteilung von Risiken und Ungewissheit bei unvollständiger Information,
- (4) die Offenheit des Arrow-Debreu Modells hinsichtlich des Verteilungsproblems, insbesondere bei der originären Ausstattung mit Ressourcen,
- (5) durch Preisrigiditäten hervorgerufene Dysfunktionen bestimmter Märkte, insbesondere von Märkten zur Lösung intertemporaler Allokationsprobleme (Nichtversicherbarkeit von Risiken), die durch das Erheben von Steuern und Beiträgen hervorgerufenen Ineffizienzen (Zusatzlasten oder excess burden), wenn diese keine effizienzneutralen Finanzierungsinstrumente darstellen, oder das völlige Fehlen von Märkten.

Im Sinne der Ausführungen des Sachverständigenrates zur Begutachtung des gesamtwirtschaftlichen Entwicklung ist damit immer die Frage nach dem Anteil von mehr Staat oder mehr Markt im Gesundheitswesen verbunden (SVR 2000: 245).

Wettbewerb in der Krankenversicherung – unter Berücksichtigung des Solidaritätsprinzips – hat folgende Funktionen zu erfüllen (Wille 1999a: 120):

- die Schaffung von materieller Wahlfreiheit für jeden Versicherten,
- eine Orientierung der Gesundheitsversorgung an den Präferenzen der Versicherten,
- die Erhöhung der Qualität der Gesundheitsversorgung,
- die Verbesserung der Effizienz der Leistungserbringung,
- das Setzen von Anreizen zu innovativen Suchprozessen und
- eine schnellere Anpassung an veränderte Rahmenbedingungen.

Die Wettbewerbselemente in der GKV beschränken sich heute vor allem auf den Beitragssatz und das Serviceangebot. Aus dem Wettbewerb ausgeschlossen sind jedoch der gewährte Versicherungs- oder Leistungsumfang, die Finanzierungsform und ein Wettbewerb um die beste Organisation der Versorgung und ihrer Qualität.<sup>114</sup> Damit findet heute überwiegend nur ein Wettbewerb um Versicherte, nicht aber um Qualität und die beste Versorgungsform statt.

---

<sup>113</sup> Externalitäten sind Auswirkungen ökonomischen Handelns auf unbeteiligte Dritte, ohne dass jemand dafür bezahlt oder einen Ausgleich erhält (ungewollte Marktbeziehung).

<sup>114</sup> Die Einführung innovativer Versorgungsformen ist nur über Strukturverträge und Modellvorhaben erlaubt und damit stark eingeschränkt.

Eine ineffiziente und kostensteigernde Verwendung der finanziellen Mittel in der GKV wird dabei auch auf das Fehlen der Steuerung von Angebot und Nachfrage über den Preis (fehlende Allokationseffizienz), auf ein Übermaß an staatlicher Reglementierung und auf ein überzogenes Anspruchdenken auf Seiten der Versicherten (bei der Leistungsanspruchnahme) zurückgeführt (Sauerland 1999: 271ff.). Deshalb sollen die Lehren der liberalen Wirtschaftsökonomie – nach denen Angebot und Nachfrage am besten über die Preise zu steuern sind – auch auf das Gesundheitssystem übertragen werden. Es herrscht die Vorstellung, dass Markt- und Wettbewerbselemente das Gesundheitssystem finanzierbar machen aber auch effizienter gestalten können, um auf diese Weise Überkapazitäten, Fehlversorgung oder Fehlinanspruchnahme zu vermeiden.

Mehr Wettbewerb soll es nicht nur auf der Leistungs- sondern auch auf der Finanzierungsseite und sowohl auf der Versicherten- als auch auf der Leistungserbringerseite geben. Die Forderung nach mehr Wettbewerb auf der Versichertenseite wird im wesentlichen damit begründet, dass die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen durch individuelles Kosten-/ Nutzenkalkül und durch mehr Eigenverantwortung gesteuert werden soll (Arnold 1998: 36). Damit würde eine weitere Privatisierung des Krankheitsrisikos zu Lasten der Versicherten erfolgen (Stegmüller 1996: 228). Der Patient wird als alleinige Steuerungsinstanz in den Mittelpunkt gestellt, um diesen zu einer sparsameren und "verantwortlicheren" Inanspruchnahme von Leistungen zu veranlassen. Liberale Wirtschaftsforscher fordern daher die Einführung von Wahlтарifen mit Grund- und freiwilligen Zusatzleistungen zur Stärkung des Äquivalenzprinzips (inkl. Kostenerstattung) und die stärkere Einführung von Selbstbeteiligungs- und Zuzahlungsregelungen (so z.B. Oberender 1999: 80ff., Henke 2001).

Das zentrale Problem der Steuerung individueller Inanspruchnahme durch Selbstbeteiligungs- und Zuzahlungsregelungen besteht jedoch darin, dass dabei die Inanspruchnahme in der Regel erst im Krankheitsfalle beeinflusst wird. Das heißt aber, dass für den Versicherten/Patienten wenig Spielraum besteht sein Verhalten zu ändern, da Patienten nur eine geringe Möglichkeit haben Preis und Menge von Gesundheitsgütern zu beeinflussen. Zudem ist die Inanspruchnahme im Falle einer (schweren) Erkrankung preiselastisch. Eine alleinige Steigerung der Effizienz der Gesundheitsversorgung an der individuellen Versichertenseite zu erzielen, erscheint daher wenig aussichtsreich.

Demgegenüber werden positive Effekte von einer Ausweitung wettbewerblicher Steuerungsmechanismen auf der Leistungserbringerseite zur Stärkung der Nachfragemacht der Kassenseite und zur Schwächung der Anbieterdominanz im Gesundheitssystem erwartet (Stegmüller 1996: 232ff.). „Der Wettbewerbsdruck zwingt die Akteure dabei ständig dazu, neue, innovative Ansätze zur Effizienzsteigerung zu unternehmen. Daher kann Wettbewerb zu Recht als ein Entdeckungsverfahren interpretiert werden“ (Breyer et al. 2001: 164).

Auf der Leistungserbringerseite ist heute der Wettbewerb jedoch stark reglementiert. Die Gründe für eine expansive Kostenentwicklung in der GKV liegen unter anderem in der starken Machtposition der Leistungsanbieter, in den unzureichenden Einflussmöglichkeiten der Krankenkassen auf Preis, Menge und Qualität sowie in fehlenden Wirtschaftlichkeitsanreizen auf Seiten der Leistungsanbieter. Ein notwendiger Anreiz zur Effizienzerhöhung wäre es, wenn die Kassen ihre Vertragspartner frei wählen könnten (selektives Kontrahieren, vgl. Knappe und Hörter 2002: 17).

Problematisch ist zudem der geringe Spielraum für die Vertragsgestaltung für die Kassen, da Verträge mit den Leistungserbringern "einheitlich und gemeinsam" vorgenommen werden müssen (Wille 1999a: 126). Kassen benötigen jedoch Gestaltungsspielraum für die Bedingungen, Strukturen und Formen der Leistungserbringung (Breyer et al. 2001: 163). Beispielhaft können hier die schweizer oder US-amerikanischen HMO-Modelle als Vorbild genannt werden. Die Kassen fungieren dann als Sachwalter der Versicherten- und Patienteninteressen gegenüber den Leistungsanbietern. Ein einheitlicher und alles Notwendige umfassende Leistungskatalog, unabhängig von der individuellen Zahlungsfähigkeit wäre nach diesem Ansatz realisierbar.<sup>115</sup>

Die Forderung nach mehr Wettbewerb im Gesundheitswesen ist aber nicht unumstritten. Nach Deppe (1996) besteht ein unvereinbarer grundsätzlicher Gegensatz zwischen Wettbewerb und Solidarität in der Gesundheitsversorgung. Weitere Privatisierungselemente in der GKV würden vor allem das Solidaritätsprinzip weiter unterhöhlen (Rebischer und Walzik 1998: 45). Gegner einer Ausweitung des Wettbewerbs in der Krankenversicherung weisen zudem immer wieder darauf hin, dass Effizienzgewinne nicht realisierbar seien und dass es aufgrund von Risikoselektion nur zu verteilungspoliti-

schen Verwerfungen komme (Rosenbrock 1994, Kühn 1996, Braun, et al. 1999). Durch eine verstärkte Ökonomisierung der Medizin und der gesundheitlichen Versorgung käme es zu einer Reprivatisierung des Krankheitsrisikos (Arnold 1998: 27), welche sozialpolitisch nicht erwünschbar sei.

Die Kritik an einer verstärkten Wettbewerbsorientierung im Gesundheitswesen leitet sich auch aus der Vorstellung ab, dass Gesundheitsgüter besondere, mit anderen nicht vergleichbare Merkmale aufweisen, die ein Marktversagen begründen (Burger 1997: 89ff., Breyer und Zweifel 1999: 151). Für diese Sicht sprechen auch andere Argumente. Berücksichtigt man, dass Gesundheit (als höchstes Gut) eine notwendige Bedingung zur Teilhabe am gesellschaftlichen Leben ist, so erscheint eine ökonomische Abwägung mit anderen Gütern nur begrenzt sinnvoll. Z.B. werden im Falle lebensbedrohlicher Erkrankungen nicht-medizinische Konsumgüter bei Ausbleiben einer Behandlung irrelevant. Die individuelle Zahlungsbereitschaft steigt in diesem Falle gegen unendlich.

Gesundheitsgüter weisen auch die Merkmale öffentlicher Güter auf, insoweit als es bei ihnen Unteilbarkeit (Nicht-Rivalität), positive externe Effekte, Informationsmängel und sonstige Einschränkungen der Konsumentensouveränität gibt (Breyer und Zweifel 1999: 152ff.).

Man kann Gesundheit als ein kollektives und öffentliches Gut ansehen, so wie Trinkwasser oder Bildung. Auf Gesundheit kann nicht wie auf Konsumgüter verzichtet werden. Ein Patient weiß zudem nicht wann und warum er krank wird. Er hat in der Regel keine Möglichkeit den Zeitpunkt des Krankheitseintritts zu beeinflussen. Art und Umfang der in Anspruch zu nehmenden Leistungen werden nicht durch den Patienten, sondern durch den Arzt bestimmt. Es liegt ein deutliches Informations- und Kompetenzgefälle zugunsten des Arztes vor; eine asymmetrische Informationsverteilung stellt jedoch eine Form des Wettbewerbsversagens dar.

Der Patient befindet sich im Krankheitsfalle in einer Position der Unsicherheit, Schwäche, Abhängigkeit und allgemeinen Hilflosigkeit. Generell kann es auf Seiten der Versicherten zu einer Minderschätzung künftiger gesundheitlicher Bedürfnisse kommen. Daher ist die Konsumentensouveränität im Gesundheitswesen stark eingeschränkt (vgl. Deppe 2001: 3ff.).<sup>116</sup>

---

<sup>115</sup> Vgl. zur Einführung des Vertragswettbewerbs in der GKV zur Verbesserung von Qualität und Wirtschaftlichkeit: Ebsen et al. (2003).

<sup>116</sup> Vgl. zu den allgemeinen Bedingungen des Marktversagens: Fritsch et al. (1999).

Positive externe Effekte der Gesundheit treten z.B. auf, wenn im Falle von Impfungen Dritte profitieren und an der Gesundheit Anderer partizipieren. Ein weiteres Merkmal von Marktversagen im Gesundheitswesen ist in der fehlenden oder nicht ausreichenden Markttransparenz zu sehen. Sowohl zwischen Arzt und Patient als auch zwischen Kassen und Leistungsanbietern bestehen erhebliche Informationsdefizite.

Aus der Überzeugung, dass Gesundheit ein öffentliches Gut darstelle und Marktversagen im Gesundheitswesen vorliege, leiten Gegner einer stärkeren Marktsteuerung daher eine weiterhin hohe staatliche Verantwortung und Teilhabe ab.

Marktgesteuerten Systemen werden zudem weitere negative Eigenschaften zugeschrieben: Sie seien aufwendiger, kostspieliger und in der Expansionsdynamik schwerer zu stoppen als die in stärkerem Maße staatlich organisierten Systeme (Deppe 1996, Kühn 1996). Marktgesteuerte Systeme sind facharztintensiver und begünstigen damit vermutlich die Orientierung an Professions- und Klientelinteressen. Sie verteilen das Angebot an Ärzten und Betten ungleicher als der öffentliche Sektor. Und sie sind tendenziell weniger effizient in der Reduzierung der Mortalität (Alber 1989: 280).

Aus den genannten Gründen können rein wettbewerblich organisierte Gesundheitssysteme so nicht zu einer optimalen Allokation der Ressourcen im Gesundheitswesen führen (Sommer 1999: 277), staatliche Regeln sind daher als flankierende Maßnahmen notwendig.

Letztlich zielen alle am Wettbewerb orientierten Systeme darauf ab, über monetäre Anreize eine Verhaltensänderung der Versicherten zu bewirken, um eine Kostenentlastung des solidarisch finanzierten Umlagefonds zu erreichen. Dies benachteiligt jedoch wirtschaftlich Schwächere. "Die soziale Selektivität dieser markt- und konkurrenzgesteuerten Mechanismen im Hinblick auf Versorgungschancen und Versorgungsqualität gerade derjenigen Bevölkerungsgruppen, die auf eine solidarische Absicherung des Krankheitsrisikos in besonderem Maße angewiesen sind, ist evident und mit den konstitutiven Grundprinzipien einer sozialen Krankenversicherung nicht nur nicht vereinbar, sondern schließt sie geradezu aus" (Stegmüller 1996: 309).<sup>117</sup>

---

<sup>117</sup> Nach Schwartz und Busse (1994: 16) ist die solidarische und die gesamte Bevölkerung umfassende Krankenversicherung mit umfassender Sorge für Kranke und Schwache als eine der vielleicht wichtigsten Errungenschaften der europäischen Zivilisation im 20. Jahrhundert anzusehen und sollte daher nicht leichtfertig durch eine Umgestaltung in Richtung mehr Wettbewerb aufs Spiel gesetzt werden (vgl. auch Moormann 1999: 180).

Die Gleichsetzung von Markt- und Wettbewerbsprinzip bildet nach (Wille 1999a: 97) allerdings den Kardinalfehler der Wettbewerbskritik im Gesundheitswesen. Wille weist darauf hin, dass der vielbeschworene Gegensatz von Solidarität und Wettbewerb nicht besteht; Wettbewerb und Solidarität sich vielmehr keineswegs gegenseitig ausschließen müsse. Wettbewerb darf aber nie als Selbstzweck organisiert sein, sondern sollte nur instrumental zur Verwirklichung bestimmter Ziele eingesetzt werden (Schmeinck (1996: 452, Wille 1999a: 104).<sup>118</sup>

Diese Sicht haben auch andere Autoren. Nach Knappe und Hörter (2001: 312) ist die Weiterentwicklung einer solidarischen Wettbewerbsordnung notwendig. "Unter dem Begriff der 'Solidarischen Wettbewerbsordnung' werden die zentralen Rahmenbedingungen zusammengefasst, denen die Krankenkassen seit Einführung der Kassenwahlfreiheit unterliegen. Der Kerngedanke dieser Wettbewerbsordnung besteht darin, das GKV-spezifische Solidarprinzip (Beitragsgestaltung nach dem Leistungsfähigkeitsprinzip und Leistungsanspruch nach dem Bedarfsprinzip) mit einer wettbewerblichen Steuerung soweit wie möglich in Einklang zu bringen (Cassel und Janßen 1999: 15)."

Das Ziel einer Weiterentwicklung der solidarischen Wettbewerbsordnung wäre demnach ein Wettbewerb um eine effiziente Gesundheitsversorgung, d.h. ein Wettbewerb um die qualitativ hochwertigste Versorgungsalternative, wobei der Kassenwettbewerb als Instrument zur Suche nach den besten Lösungen dient. Eine behutsame Evolution der GKV mit dem Einbau von mehr Wettbewerbselementen in die GKV ist daher notwendig (Wille 1999a: 136 ff.).

### 5.3 Zwischenfazit

Ziel und Aufgabe des Gesundheitswesens und der Krankenversicherung ist die Gewährleistung einer bedarfsgerechten Versorgung der Bevölkerung. Dies kann dabei in Form rein staatlich organisierter und steuerfinanzierter Gesundheitsversorgung, über beitragsfinanzierter Sozialversicherungsmodelle bis hin zu rein marktwirtschaftlich organisier-

---

<sup>118</sup> Alain C. Enthoven hat Ende der 70 Jahre mit einem Vorschlag des Umbaus des US amerikanischen Gesundheitssystems die Idee eines geregelten Wettbewerbs ("managed competition" – solidarische Wettbewerbsordnung) in die Diskussion gebracht. Um Wettbewerb und Solidarität in der Krankenversicherung zu verknüpfen, ist Kontrahierungszwang auf Seiten der Versicherer und ein Standardleistungsbündel notwendig (Enthoven 1978 und Enthoven und Kronick 1989).



ten Privatversicherungsmodelle erreicht werden. Die jeweilige Ausgestaltungsform hängt dabei unter anderem von der unterstellten Gerechtigkeitsvorstellung ab, die sich an mehr Solidarität oder Subsidiarität orientieren kann.

Zur Beurteilung von Reformen im Gesundheitswesen und in der Krankenversicherung sind Kriterien wie die Bedarfs- und Verteilungsgerechtigkeit und der Umfang von Solidarität und Subsidiarität im Verhältnis zu den gewährten Leistungen und zu deren Finanzierung hilfreich.<sup>119</sup> Es stellt sich aber letztlich die Frage, welche Prinzipien (Äquivalenz, Solidarität, Subsidiarität, Gerechtigkeit, ...) für ein künftiges Krankenversicherungssystem gelten sollen und warum.

Internationale Vergleiche machen aber deutlich, dass es kein Idealmodell einer bestimmten Form von Gesundheitsversorgung gibt (Böcken et al. 2000: 153). Letztlich sind normativ gesetzte Ziele ein Kriterium für ein adäquates Modell einer Gesundheitsversorgung. Womit sich auch die Frage stellt, mit welchen Versicherungs- bzw. Sozialstaatsmodell die avisierten Ziele einer Gesundheitsversorgung am adäquatesten verfolgt werden können. Wettbewerbselemente können dabei zur Erreichung der gesetzten Ziele im Gesundheitswesen hilfreich sein. Letztlich zeigt sich aber, dass staatliche Intervention im Bereich des Gesundheitswesens aufgrund von Marktversagen notwendig ist, und der Staat in einer marktwirtschaftlich organisierten Gesellschaft für die notwendigen Rahmenbedingungen im Gesundheitswesen zu sorgen hat.

---

<sup>119</sup> Eine Auseinandersetzung mit den Aspekten der Effizienz und Gerechtigkeit alternativer Finanzierungsmodelle in der Sozialversicherung liefert Ribhegge (2002).

## **6 Reformvorschläge zur Finanzierung von Krankenversicherungsschutz**

### **6.1 Ziele und Kriterien zur Bewertung neuer Finanzierungsmodelle**

Mit der Reformierung der Finanzierungsgrundlagen des Krankenversicherungsschutzes werden verschiedene Ziele verfolgt. Es ist daher zunächst zu klären, was neue Finanzierungsmodelle in der Krankenversicherung in der Zukunft leisten sollen. Die folgenden vier Fragen sind hierfür von zentraler Bedeutung:

- Wen umfasst die (Solidar-) Gemeinschaft ? (Die Frage nach dem Kreis der versicherten Personen)
- Wonach bemisst sich der Beitrag ? (Die Frage nach der Bemessungsgrundlage)
- Wie hoch soll der (Solidar-)Beitrag sein ? (Die Frage nach der Beitragslastverteilung)
- Wie hoch ist der Finanzierungsbedarf ? (Die Fragen nach dem Umfang des Versicherungsschutzes insgesamt und – damit verbunden – nach der Gewichtung von Solidarität und Subsidiarität).

Neben den allgemeinen Prinzipien zur Beurteilung von Reformen im Gesundheitswesen – Subsidiarität, Äquivalenz und Transparenz (vgl. z.B. Bofinger 2002: 718) – lassen sich weitere Kriterien für eine Beurteilung von Reformen im Gesundheitswesen unterscheiden (SVRKAiG 1998: 262):

- fiskalische Ergiebigkeit (Einnahmewirksamkeit),
- Grad der Erreichung festgelegter Ziele des Gesundheitssystems bzw. der Krankenversicherung,
- Beschäftigungswirkungen und Entlastung des Faktors Arbeit,
- Solidarausgleich und Sozialverträglichkeit,
- Stärkung der Eigenverantwortung (Subsidiarität) und Steuerungswirkung bezüglich des individuellen gesundheitsrelevanten Verhaltens,
- Präferenzgerechtigkeit und kostenminimale Produktion,
- Freisetzung von Wachstumskräften,
- Verwaltungsaufwand (Sozialbürokratie),
- ordnungspolitische Konformität: passt das Instrument in die Steuerungskonzeption der gesamten Sozialversicherung (was sind potentielle Rückwirkungen auf andere Versicherungszweige und die Selbstverwaltung ?),

- Europatauglichkeit und
- juristische Unbedenklichkeit sowie politische Durchsetzbarkeit.<sup>120</sup>

Vorrangiges Ziel aller Reformen der Finanzierung von Gesundheitsschutz sollte die dauerhafte Finanzierbarkeit einer bedarfsgerechten Gesundheitsversorgung für die gesamte Bevölkerung sein. Es geht aber auch darum, Anreize für eine Steigerung der Effektivität (Zielgenauigkeit im Sinne von Umfang und Qualität der Gesundheitsversorgung) und Effizienz (Wirtschaftlichkeit) des Gesundheitswesens zu setzen und damit bestehende Defizite zu vermeiden oder zumindest abzubauen.

Aber was bedeutet Finanzierbarkeit in der GKV? Der Begriff der Finanzierbarkeit hat sowohl einen subjektiven als auch einen normativen Inhalt. So setzt Finanzierbarkeit in der GKV voraus, dass es eine Bereitschaft der Versichertengemeinschaft gibt, sich an einem Solidarausgleich zu beteiligen (Kühn 2001: 1). Solidarität bedeutet, in einem angemessenen und gerechten Rahmen für Andere aufzukommen oder zu sorgen. Finanzierung beinhaltet aber auch eine Entscheidung darüber, wie das beschränkte Güterangebot volkswirtschaftlich auf die verschiedenen Lebensbereiche zu verteilen ist, da es alternative Verwendungsmöglichkeiten für die einzusetzenden Ressourcen gibt. Eine objektive Grenze der Finanzierbarkeit ist demnach erreicht, wenn der Aufwand für das Gesundheitswesen so hoch ist, dass er sich destabilisierend auf die Gesamtwirtschaft auswirkt und Abgabenwiderstand bei denjenigen hervorruft, die die Finanzierungslast tragen müssen.

Bevor die spezifischen Reformvorschläge zur finanziellen Absicherung im Krankheitsfalle dargestellt werden, soll zunächst auf die Herausforderungen des Zusammenwachsens der europäischen Wirtschafts-, Währungs- und Sozialsysteme sowie auf Reformbestrebungen in anderen Zweigen der Sozialversicherung eingegangen werden.

---

<sup>120</sup> Reformen sollten nicht diskretionär sein. Grundlegende und nachhaltige Reformen haben nur Aussicht auf Erfolg, wenn ein Großteil der Bevölkerung in den Entscheidungsprozess einbezogen wurde. Dies war z.B. in der Schweiz der Fall, bei der mittels eines Referendums über die Weiterentwicklung der Krankenversicherung abgestimmt wurde.

## 6.2 Europäische Entwicklung

Ein Bewertungskriterium mit zunehmender Bedeutung stellt die Europatauglichkeit des Gesundheitssystems dar. Die "Europäisierung" der Gesundheitsmärkte stellt eine Herausforderung für die Finanzierung der Krankenversicherung dar (vgl. GVG 1997: Bd. 31). Aufgrund des wirtschaftlichen Zusammenwachsens der Europäischen Union steigt der Druck auf eine Harmonisierung der sozialen Sicherungssysteme.<sup>121</sup> Nach der Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofs verbleibt die Zuständigkeit für die Ausgestaltung der sozialen Sicherungssysteme zwar in der Hoheit der Nationalstaaten, doch deren Autonomie wird faktisch durch den europaweit geltenden freien Waren- und Dienstleistungsverkehr sowie durch Niederlassungsfreiheit und Freizügigkeit beeinträchtigt (vgl. Busse 2004). Harmonisierungsbestrebungen werden aber an der Gesundheitsversorgung nicht vorbei gehen. Es wird zu einem Wettbewerb der verschiedenen Systeme der sozialen Sicherung kommen.<sup>122</sup>

Unter dem Stichwort "offene Methode der Koordinierung" hat der Rat der Europäischen Union zudem einen Prozess initiiert, der eine freiwillige Kooperation und den Austausch bewährter Verfahren zwischen den EU Staaten im Bereich der sozialen Sicherungssysteme fördern soll. Das vorrangige Ziel ist dabei, soziale Ausgrenzung und Armut zu bekämpfen, es soll auch aber die langfristige Annäherung der unterschiedlichen sozialen Sicherungssysteme vorangebracht werden. Dabei stellt die Harmonisierung der Krankenversicherungssysteme ein besonderes Problem dar, da sich die Finanzierungsgrundlagen insbesondere in Bezug auf den Public-Private-Mix grundlegend unterscheiden.

Eine in diesem Zusammenhang ebenfalls notwendige Harmonisierung der Mehrwert- und Verbrauchssteuersätze in Richtung eines europaweit einheitlichen Steuersatzes würde die nationalen Gesundheitssysteme je nach ihrer Finanzierungsart unterschiedlich berühren. Für Länder mit einem hohen Anteil an steuerfinanzierter Gesundheitsversorgung würde sich der finanzielle Spielraum deutlich einengen, falls ein niedrigerer Satz vereinbart werden würde.<sup>123124</sup>

---

<sup>121</sup> Vgl. zur Konvergenz der EU-Gesundheitssysteme Leidl (2001).

<sup>122</sup> Für einen Überblick über die Systeme der Gesundheitssicherung, vgl. Schneider et al. (1998).

<sup>123</sup> Dies gilt z.B. besonders für Dänemark, das Steuerausfälle in Höhe von 4,8% des BIP zu befürchten hätte (Deppe 1995: 35).

<sup>124</sup> Die grenzüberschreitende Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen wird ebenfalls Auswirkungen auf die Finanzierungsgrundlagen der Krankenversicherung haben, wie sich am Beispiel des Urteils des Europäischen Gerichtshofs zur Kostenerstattung von Heil- und Hilfsmitteln bei Inanspruchnahme in einem

Des weiteren bestehen erhebliche Wachstumspotentiale für private Zusatzkrankenversicherungen, da aufgrund eines zunehmenden Kostendrucks generell mit Reduktionen des Standardleistungspaketes, Leistungsbegrenzungen oder erhöhten Selbstbeteiligungen zu rechnen ist. Jede Leistungsbegrenzung dürfte zu einer komplementären Ausweitung von individuellen Zusatzversicherungen führen (Breyer et al. 2001: 146-147).<sup>125</sup>

Im Zuge einer fortschreitenden Integration Europas könnten damit die jeweiligen staatlichen Gesundheitssysteme zugunsten der privaten an Gewicht verlieren, der Wettbewerbsdruck zwischen den jeweiligen Systemen und innerhalb dieser Systeme dürfte zunehmen. Eine Politik zur Reformierung der deutschen Gesundheitsversorgung sollte daher an dieser vorhersehbaren europäischen Entwicklung ausgerichtet sein und die Tauglichkeit für einen stärker geöffneten europäischen Markt im Bereich der Gesundheitsversorgung berücksichtigen.

### **6.3 Finanzierungsprobleme und Diskussion in anderen Sozialversicherungszweigen**

Die aufgezeigten Probleme in der GKV, die aus der künftig vermutlich anhaltenden Schwäche der Einnahmenbasis bei der Tendenz zu weiteren Ausgabensteigerungen resultieren, zeigen Parallelen zu anderen Zweigen der Sozialversicherung.<sup>126</sup> Dabei sind vornehmlich die Gesetzliche Pflegeversicherung (GPV) und die Gesetzliche Rentenversicherung (GRV) zu nennen.

Die Finanzierung der GRV und der GPV ist in ähnlicher Weise wie die GKV von demographischem Wandel und veränderten Lebensformen in der Gesellschaft betroffen. Der zunehmende Altenquotient wird *ceteris paribus* auch hier zu steigenden Beitragsätzen führen, da die Leistungsausgaben von immer mehr Alten von immer weniger Erwerbstätigen finanziert werden müssen.<sup>127</sup> Ausgehend von der künftig zu erwartenden verschlechterten Finanzierungsbasis der GPV wird, ähnlich wie in der GKV, eine Re-

---

anderen Land der EU gezeigt hat. Vgl. Europäischer Gerichtshof 1997 mit dem sogenannten "Kohl-Decker"-Urteil: EuGH, 28. April 1998, Decker, Rs C-120/95 und EuGH, 28. April 1998, Kohl, C-158/96.

<sup>125</sup> Zudem ist aufgrund des steigenden Wohlstandsniveaus von einer zunehmenden Zahlungsbereitschaft und Zahlungsfähigkeit für den Abschluss privater Zusatzversicherungen auszugehen.

<sup>126</sup> Vgl. stellvertretend für die aktuelle Diskussion zur Ausweitung der Finanzierungsbasis in der gesetzlichen Rentenversicherung: Ostertag (2000).

<sup>127</sup> So gehen Prognosen des Beitragssatzes der GPV für das Jahr 2050 von bis zu 6% (Hof 2001: 260f.). Für das Jahr 2040 prognostiziert Frohwitter (1999: 220) einen Beitragssatz von rund 3%.

formierung der Finanzierung – hin zu mehr individueller (kapitalgedeckter) Vorsorge – diskutiert (vgl. BDA 2002, SVR 2003: 347).

Prognosen für die GRV gehen von einem Beitragssatz von rund 25% im Jahr 2030 aus; ohne das Rentenreformgesetz von 1992 wäre ein Beitragssatzanstieg auf über 35% zu erwarten gewesen (Krupp 1998: 585). Die aktuelle Diskussion in der GRV zielt daher – ebenso wie in der GKV – auf eine Ausweitung der Finanzierungsbasis.<sup>128</sup>

Mit der Einführung der sogenannten Riester-Rente wurde die 3. Säule der Alterssicherung – die individuelle kapitalgedeckte Zusatzversorgung – gestärkt. Diese Reform wurde als Konsequenz der allgemeinen Absenkung des Rentenniveaus eingeführt und kann als eine Form der Leistungsauslagerung aus der bestehenden GRV interpretiert werden.<sup>129</sup> Neben der Forderung, die Finanzierungsbasis in der GRV stärker vom Umlage- auf das Kapitaldeckungsverfahren umzustellen, werden immer wieder auch eine allgemeine Versicherungspflicht<sup>130</sup> oder die Einführung einer Grundrente (in Analogie zu einer Basisversorgung in der GKV) diskutiert (vgl. Krupp 1998: 588, Miegel 1999). Die aktuellen Reformen in der GRV haben gezeigt, dass Leistungsauslagerungen, die Ausweitung der Finanzierungsbasis und der parallele Aufbau einer individuellen kapitalgedeckten Vorsorge politisch durchsetzbar ist. Dies dürfte auch Vorbildcharakter für die Entwicklung in der GKV haben.

## 6.4 Globale Reformoptionen

Eine einfache Lösung von Finanzproblemen der GKV könnte darin gesehen werden, die Beitragssätze anzuheben (SVRKAiG 1995: lfd. Ziffer 516). Eine steigende Sozialabgabenbelastung in der GKV ist aber politisch weder erwünscht noch dauerhaft durchsetzbar. Die Frage ist, welche Instrumente eingesetzt werden können, um der "Einnahmeerossion und Ausgabenexplosion" in der GKV und dem gesamten Gesundheitswesen

---

<sup>128</sup> Die stärkere finanzielle Beteiligung des Bundes, wie sie durch die ökologische Steuerreform realisiert wurde, konnte den Beitragssatz zur GRV vorübergehend senken. Daneben hatte die Einführung der Versicherungspflicht für geringfügig Beschäftigte und Scheinselbstständige Mehreinnahmen von ca. 1,8 Mrd. DM in 1999 ergeben (Ostertag 2000: 156).

<sup>129</sup> Mit der Absenkung des Rentenniveaus ist auch eine Absenkung der Bemessungsgrundlage des Krankenversicherungsbeitrags verbunden. Hierdurch kommt es zu Wechselwirkungen in der Finanzierung der Sozialversicherungszweige (Erbsland et al. 1999).

<sup>130</sup> Vgl. z.B. Meinhardt et al. (2002).

entgegen zu wirken und die Finanzierung nachhaltig zu sichern. Die in diesem Zusammenhang am häufigsten genannten globalen Reformoptionen im Bereich der Gesundheitsversorgung sind:

- die Mobilisierung von Wirtschaftlichkeitsreserven,
- die Rationierung des Leistungskatalogs und Leistungsausgrenzungen und
- veränderte Finanzierungsformen.

So stellte der SVRKAiG (1998: 253) die Devise auf: "Rationalisierung vor Rationierung", d.h. vor einer Beschränkung des Leistungskatalogs sollten zunächst alle Mittel zur Steigerung der Effektivität und Effizienz voll ausgeschöpft sein.<sup>131</sup> Der ehemalige Bundesgesundheitsminister Horst Seehofer hat die Wirtschaftlichkeitsreserven im Gesundheitswesen auf ca. 25 Mrd. DM beziffert (Dittrich 1999: 181).<sup>132</sup>

Dass das Gesundheitswesen Überkapazitäten und Wirtschaftlichkeitsreserven aufweist ist unbestritten.<sup>133</sup> Rationalisierungspotential liegt im Bereich der medizinischen Versorgung generell dann vor, wenn (1) eine medizinische oder andere Leistung keine Wirksamkeit besitzt, (2) eine geringere Wirksamkeit aufweist, als alternative Methoden, die gleich viel kosten oder (3) kostengünstigere Alternativen in ihrer Wirksamkeit nicht übertreffen (Wille 1999a: 112).

Wirtschaftlichkeitsreserven bestehen in den verschiedensten Bereichen des deutschen Gesundheitssystems. Beispielhaft seien hier die drei großen Versorgungsbereiche der ambulanten ärztlichen Versorgung, der stationäre Sektor und die Arzneimittelversorgung mit einigen Exempeln aufgeführt:

- Rund 30 % der Inanspruchnahme im ambulanten ärztlichen Bereich wird allgemein als Bagatellinanspruchnahme eingeschätzt (Schönbach 1994:23).
- Nach Ansicht der Deutschen Röntgengesellschaft sind etwa die Hälfte der jährlich rund 100 Millionen Röntgenuntersuchungen entbehrlich. Mit einem restriktiveren Einsatz und der Vermeidung von Mehrfachuntersuchungen könnten etwa 800 Mio. DM im Jahr eingespart werden (vgl. SVRKAiG 1996: 33).

---

<sup>131</sup> Dabei stellt die Mobilisierung von Wirtschaftlichkeitsreserven eine (gesundheits-)politische Daueraufgabe dar und sollte in normativer Hinsicht oberste Priorität haben, auch wenn deren Auswirkungen eher mittel- bis langfristiger Art sind (Wille 1998a: 18-19).

<sup>132</sup> Knappe geht sogar von 60-70 Mrd. DM Rationalisierungspotential aus, ohne dass die Qualität der Versorgung sowie der Umfang des Leistungskatalogs eingeschränkt und Zuzahlungen ausgeweitet werden müssten (Dittrich 1999: 182).

<sup>133</sup> Für eine breite Übersicht der Rationalisierungsmassnahmen im deutschen Gesundheitssystem vgl. Wille und Albring (2000).

- Die durchschnittliche Verweildauer im Krankenhaus hat sich von 1992 bis 1997 von 14 auf 11,4 Tage verringert. Sie liegt aber immer noch mehr als doppelt so hoch wie in vergleichbaren westeuropäischen Staaten (Kiefer 1999: 107).<sup>134</sup>
- Von den derzeit fast 50.000 zugelassenen Arzneimitteln auf dem deutschen Markt ist nur etwa die Hälfte auf ihre Qualität, Wirksamkeit und Unbedenklichkeit hin überprüft (Nink et al. 2001: 16). Eine Positivliste (Zulassung nur von wirksamen und unschädlichen Medikamenten) steht aus.
- Letztlich ist auch die Organisation des Leistungsgeschehens zu nennen, die hinreichende Ansätze für Rationalisierungen bietet. Mit dem Gesundheitsstrukturgesetz (GSG 1992) wurde den Krankenkassen die Möglichkeit gegeben, mittels Strukturverträgen (§ 73 a SGB V) und Modellvorhaben (§ 63 ff. SGB V) neue Versorgungsmodelle zu testen, doch stehen diese immer noch im Erprobungsstadium.<sup>135</sup>

Eine andere, vielfach diskutierte globale Reformoption besteht in der Rationierung des Leistungskatalogs oder in Leistungsausgrenzungen. In der Vergangenheit wurden Rationierungen von den verschiedensten Regierungen in Deutschland genutzt, um Gesundheitsausgaben unter Kontrolle zu halten.<sup>136</sup> Neben Leistungsausgrenzungen im Bereich der Arzneimittel<sup>137</sup>, bei der Lohnfortzahlung im Krankheitsfalle, wurden Kosten in Form von höheren Selbstbeteiligungen wiederholt zu Lasten der Patienten verlagert (vgl. SVRKaiG 1994 Ziffer 370).

Trotz der wiederholten Leistungsauslagerungen hat die GKV im internationalen Vergleich den umfangreichsten Leistungskatalog in der obligatorischen Krankenversicherung (Böcken et al. 2000: 13). Ein Überdenken des Umfangs des GKV-Leistungskatalogs und Leistungsausschlüsse werden daher gefordert.<sup>138</sup>

---

<sup>134</sup> In den Niederlanden beträgt die durchschnittliche Verweildauer nur 9,9 Tage, und Patienten in Frankreich dürfen bereits nach durchschnittlich 5,9 Tagen das Krankenhaus verlassen. Da der Krankenhaussektor den größten Anteil an den Gesundheitsausgaben darstellt, sind erhebliche Einsparpotentiale durch eine Verkürzung der Liegedauer zu erwarten.

<sup>135</sup> Auch auf Seiten der Ergebnisqualität bieten sich erhebliche Potentiale für die Hebung von Wirtschaftlichkeitsreserven. Darauf hat insbesondere der SVRKaiG (2002) im Jahresgutachten 2000/01 Bd. III "Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit: Über-, Unter- und Fehlversorgung" hingewiesen. Es besteht offensichtlich eine unzureichende Versorgung chronisch Kranker, wie z.B. bei Diabetes, bei koronaren Herzkrankheiten, in der Schlaganfallversorgung oder in der onkologischen Behandlung bei Mamakarzinom, die die Ergebnisqualität deutlich einschränkt.

<sup>136</sup> Vgl. hierzu und zur Geschichte von Gesundheitsreformen Webber (1988, 1989), Bandelow (1998).

<sup>137</sup> So sind Medikamente für sogenannte Bagatelleerkrankungen mit dem Haushaltsbegleitgesetz 1983 aus dem Leistungskatalog der GKV ausgeschlossen worden (vgl. auch §34 Abs. 1 SGB V).

<sup>138</sup> Vgl. hierzu die umfangreichen Vorschläge zur Auslagerung von Leistungen und Erweiterung von Selbstbeteiligungen: Beske (1997: 20f.), SVRKaiG (1994: 171-189), SVRKaiG (1995: 133-143).



Diese globalen Reformoptionen der Rationierung des Leistungskatalogs oder der Mobilisierung von Wirtschaftlichkeitsreserven treffen zum Teil auf Widerstände der davon Betroffenen oder lösen das Grundproblem einer steigenden Nachfrage nach Gesundheitsgütern und begrenzten finanziellen Möglichkeiten nur rudimentär. Vor allem eine Rationierung von Gesundheitsleistungen wirft die Frage nach der Gerechtigkeit in der Gesundheitsversorgung auf, da die individuelle finanzielle Zahlungsfähigkeit zum bestimmenden Faktor wird. Rationalisierungen stellen demgegenüber gesundheitspolitische Daueraufgaben dar, die jedoch die Grundprobleme der künftigen Finanzierung von Krankenversicherungsschutz nicht allein zu lösen vermögen.

Im Folgenden wird daher der Fokus auf veränderte Finanzierungsformen gelegt. Sie sollen zum Einen eine dauerhaft solidere Finanzierungsbasis für eine Krankenversicherung in Deutschland gewährleisten und zum Anderen dazu beitragen bestehende Systemmängel zu beseitigen. Mit alternativen Finanzierungsformen ist zudem die Hoffnung verbunden, dass sie gleichzeitig Anreize für die Organisation eines effizienten und effektiven Leistungsgeschehens schaffen.

Der folgende Abschnitt stellt Reformoptionen einer veränderten Finanzierung von Krankenversicherungsschutz für Deutschland vor. Dabei soll, aufgrund der Dominanz dieses Versicherungszweiges die GKV im Vordergrund stehen. Der derzeitige Reformbedarf im Bereich der Finanzierung in der GKV besteht vor allem aus folgenden Gründen:

- Durch die Einschränkung des versicherungspflichtigen Personenkreises nach Erwerbsstatus und Einkommenshöhe werden einzelne Bevölkerungsgruppen von einer solidarischen Finanzierung ausgeschlossen.
- Die hauptsächliche Fokussierung der Beitragsfinanzierung auf Erwerbseinkommen aus abhängiger Beschäftigung führt zu einer Ungleichbehandlung und berücksichtigt nicht die tatsächliche finanzielle Leistungsfähigkeit der Versicherten.
- Der Leistungsumfang in der GKV ist durch eine tendenzielle Überversorgung gekennzeichnet.
- Die Eigenbeteiligung ist im internationalen Vergleich gering und fördert nicht das Interesse an gesundheitsförderlichem Verhalten.

- Das praktizierte Umlageverfahren in der GKV ist den Herausforderungen durch den demographischen Wandel nicht gewappnet.

Der Weg zu einer veränderten Finanzierung in der Krankenversicherung kann grundsätzlich in evolutionärer oder in revolutionärer Weise vor sich gehen (SVR 2000: 237ff.).<sup>139</sup>

Wichtig ist die Frage, ob die im Folgenden dargestellten Reformmöglichkeiten – insbesondere die evolutischen Reformen – nur geringfügige Systemkorrekturen darstellen oder ob damit jeweils auch der Abbau von strukturellen Defiziten in der GKV verfolgt wird. Revolutionäre Reformansätze wären zwar unter dem Aspekt der Beseitigung bisheriger struktureller Defizite in der GKV zu bevorzugen, doch stehen dem insbesondere die Schwierigkeiten, solche Reformen gegenüber Partikularinteressen durchzusetzen, entgegen.

Bevor jedoch die übrigen Reformalternativen im Einzelnen dargestellt werden, wird zunächst die Frage thematisiert, ob der Arbeitgeberbeitrag in der GKV beibehalten werden soll.

## 6.5 Auszahlung des Arbeitgeberbeitrags

Die paritätische Finanzierung des Krankenversicherungsbeitrags zu gleichen Teilen von Arbeitgebern und Arbeitnehmern gehört heute noch zu den Grundprinzipien in der GKV. Von wirtschaftswissenschaftlicher Seite wird immer wieder der Einwand erhoben, dass es sich hierbei nur um eine sozialpolitische Fiktion der Beteiligung der Arbeitgeber an der Finanzierung handelt (Maier-Rigaud 2001: 7)<sup>140</sup>. Eine Auszahlung des Arbeitgeberbeitrags sei daher naheliegend (z.B. Henke 1991: 153, Cassel et al. 1997: 32).

Der Arbeitgeberbeitrag ist ein Relikt aus der Zeit Bismarckscher Sozialgesetzgebung. Die Verpflichtung zu einem Arbeitgeberbeitrag leitete sich aus überkommenen patriarchalischen Vaterpflichten gegenüber den abhängigen "Untertanen" ab und hatte damit in

---

<sup>139</sup> Der SVRKAiG hat sich in seinem letzten Gutachten (2003: 164f.), für eine evolutische Weiterentwicklung der GKV ausgesprochen.

<sup>140</sup> Der Grundsatz der paritätischen Finanzierung der Sozialversicherung ist insbesondere in der GRV nicht mehr gewährleistet, da bereits mehr als ein Drittel der Ausgaben der Rentenversicherung durch Steuerzuschüsse des Bundes finanziert werden (vgl. Grabka et al. 2003: 194).

seiner Entstehungszeit die Funktion, die Leistung, die den Ausfall des Erwerbseinkommen im Krankheitsfalle kompensieren sollte, mit zu finanzieren.

Aus heutiger, ökonomischer, Sicht bildet der Arbeitgeberanteil an den Sozialversicherungsbeiträgen einen festen Lohnbestandteil (Greiner und Schulenburg 1996: 135). Wie indirekte Steuern gehen diese Kosten direkt in die Preiskalkulation ein. Der Arbeitgeberbeitrag wird daher auch in der VGR sachgerecht der Lohnquote zugeordnet, da alle indirekten Steuern voll in den Marktpreis kalkuliert werden. Aus ökonomischer Sicht ist demnach davon auszugehen, dass ein Unternehmen den Arbeitgeberbeitrag nicht aus dem Gewinn finanziert, sondern nach Möglichkeit über die entsprechenden Güterpreise abwälzt (SVRKAiG 1994: 204).

Eine Auszahlung des Arbeitgeberbeitrags an die Arbeitnehmer als direkten Lohnbestandteil hat keine eigenständige Finanzierungswirkung. Es handelt sich hierbei vielmehr um die Setzung von Anreizen zu mehr Konsumentensouveränität und zu einer veränderten Steuerungskultur hin zu mehr Wettbewerb in der Gesundheitsversorgung.

Eine Auszahlung des hälftigen Arbeitgeberbeitrags hätte zwei Wirkungen: (vgl. Breyer et al. 2001: 171). Die Kosten des Krankenversicherungsschutzes und des bestehenden Leistungskatalogs würden vollständiger offen gelegt. Veränderungen des Leistungskatalogs würden auf eine rationalere Entscheidungsgrundlage gestellt. Der Prämienvorteil eines Wechsels zu einer preiswerteren Krankenkasse ginge allein zu Gunsten des Versicherten und würde damit den Wettbewerb fördern, da die Bedeutung des Beitragssatzes als Wettbewerbsparameter steigt.<sup>141</sup>

In Verbindung mit einer Einführung des Kostenerstattungsprinzips wäre von erheblich mehr Transparenz und Autonomie der Versicherten auszugehen. Beides könnte sich allokativ positiv auswirken. Eine Auslagerung des Arbeitgeberanteils würde zudem die Einbeziehung anderer Einkommensarten in die Bemessungsgrundlage vereinfachen.

Mit der Auszahlung des Arbeitgeberbeitrags bei abhängig Beschäftigten müsste auch eine Abschaffung des bisherigen Beihilfesystems bei Beamten – als quasi Anteile des "Arbeitgebers Staat" – verbunden sein, um auch für Beamte Kostentransparenz herzu-

---

<sup>141</sup> Es liegen verschiedene Vorschläge zur praktischen Umsetzung der Auszahlung des Arbeitgeberbeitrags vor. So fordert der BDA eine Festschreibung des Arbeitgeberanteils auf 6% (BDA 2001:26). Arnold (1995: 185) schlägt eine Umwidmung des Arbeitgeberbeitrags in eine allgemeine Steuer vor. Für weitere Varianten einer Auszahlung des Arbeitgeberbeitrags vgl. SVRKAiG (1998: 312f.) oder auch Cassel (1998: 209), SVR (1995: 118).

stellen.<sup>142</sup> Ebenso wäre eine Auszahlung der Beiträge der Sozialversicherungsträger für Rentner oder Bezieher von Lohnersatzleistungen angebracht.<sup>143</sup>

Selbst Befürworter einer paritätischen Finanzierung der GKV geben zu: "eine völlige Abschaffung des Arbeitgeberbeitrags im Sinne einer einmaligen Umwandlung in Einkommensbestandteile wäre aus ökonomisch-theoretischer Sicht konsequent:" (Rebscher und Walzik 1998: 46). Dies beinhaltet jedoch sozialpolitischen Sprengstoff, da ein völliger Rückzug der Arbeitgeber aus der Verantwortung um die Gesundheitsversorgung befürchtet wird (ebd.: 46).<sup>144</sup>

Maßgeblich für die Kritik einer Auszahlung des Arbeitgeberbeitrags ist, dass eine Lastenverteilung für künftig steigende Krankenversicherungsbeiträge von der Machtposition der Tarifpartner entscheidend abhängen würde (Rebscher und Walzik 1998: 47) und damit eine Gefahr der einseitigen Belastung der Versicherte einherginge.

## **6.6 Änderungen der Beitragsbemessungs- und Versicherungspflichtgrenze**

### **6.6.1 Erhöhung oder Aufhebung der Beitragsbemessungsgrenze**

Die Beitragsbemessungs- und Versicherungspflichtgrenze in der GKV ist gemäß § 6 Abs. 1 Nr. 1 SGB V auf 75% der in der GRV geltenden Bemessungsgrenze festgeschrieben.<sup>145</sup> Die Beitragsbemessungsgrenze (BBG) in der GKV lag 2001 einheitlich bei 6525 DM in West- und Ostdeutschland. Die Festlegung der BBG auf 75% der Bemessungsgrenze der GRV ist rein normativ und lässt sich sachlogisch nicht begründen (SVRKaIG 1998: 288). Die BBG in der GKV könnte daher auch anders normiert wer-

---

<sup>142</sup> Vgl. zur Abschaffung bzw. Auflösung der Beihilfe: Stiftung Marktwirtschaft, ehemals Kronberger Kreis (2002: 39-42).

<sup>143</sup> Aus Gründen der Gleichheit wäre der bisher erhöhte Vorsorgefreibetrag für Selbständige (als Eigenanteil zum Arbeitgeberbeitrag) zu kürzen. Auch Beitragszahlungen von Sozialämtern für Bezieher von Sozialhilfe könnten ausbezahlt werden.

<sup>144</sup> Die Kritik der Auszahlung des Arbeitgeberbeitrags orientiert sich vorwiegend an dem Argument, dass damit die Beteiligung und Verantwortung der Arbeitgeber im Gesundheitswesen verloren ginge. Dies ist insofern nicht berechtigt, da Arbeitgeber weiterhin über die GUV, die allein von den Arbeitgebern getragen wird, ein Interesse an einer kostengünstigen Gesundheitsversorgung haben. Eine Einflussnahme auf die GKV durch die Arbeitgeber ist zudem eine Illusion, da der Leistungskatalog in der GKV im wesentlichen durch den Gesetzgeber bzw. durch die Sozialgerichtssprechung vorgegeben ist und von der paritätischen Selbstverwaltung nicht nachhaltig beeinflusst werden kann (Greiner und Schulenburg 1996: 136).

<sup>145</sup> Diese Regelung ist seit 1971 in Kraft. Mit dem Beitragssicherungsgesetz (BSSichG) ist zum 1.1.2003 die Bindung der Versicherungspflichtgrenze an die Beitragsbemessungsgrenze aufgehoben worden (Bundesgesetzblatt 2002: 4637).

den.<sup>146</sup> Aus Gründen der Vereinheitlichung des Sozialsystems ist eine Erhöhung der BBG auf das Niveau der GRV<sup>147</sup> erwägenswert und wird von verschiedener Seite wiederholt gefordert.<sup>148</sup> Dem Argument einer Vereinheitlichung der Sozialversicherungszweige widersprechen aber die unterschiedlichen Finanzierungsprinzipien, da in der GRV und Arbeitslosenversicherung eine direkte Beitragsäquivalenz herrscht, die in der GKV bis auf das Krankengeld nicht gegeben ist.

Die BBG dient dazu, dass das Leistungsfähigkeitsprinzip in der GKV, nach dem die Beitragslast proportional zum Einkommen steigt, begrenzt wird. Bei Einkommen über der BBG kommt es zu regressiven Verteilungswirkungen, da oberhalb der BBG mit steigendem Einkommen der effektive Beitragssatz sinkt. Personen mit höheren Einkommen profitieren damit durch einen relativ sinkenden Anteil am Solidarausgleich.

Eine Anhebung der BBG würde zu einer Verschiebung der Degression führen, womit redistributive bzw. positive Verteilungseffekte einhergingen (SVRKaiG 1998: 287, Wille 1998b: 248). Bei einer aufkommensneutralen Anhebung der BBG kommt es zu einer Entlastung der mittleren und niedrigen Einkommen, und die Arbeitskosten sinken für diese Einkommensgruppen. Es ergeben sich – insbesondere im niedrigqualifizierten Bereich – beschäftigungspolitische Anreize (Wille 1998b: 248).<sup>149</sup> Um die Grenzabgabenbelastung oberhalb einer erhöhten BBG nicht auf Null zurückzuführen, ist ein mit steigendem Einkommen fließend abnehmender Beitragssatz von der BBG an vorstellbar (SVRKaiG 1994: 193).

Die hauptsächliche Motivation für eine Anhebung der BBG entspringt der Hoffnung auf zusätzliche Einnahmen für die GKV, da höherverdienende Personengruppen mit ihren Beitragszahlungen stärker für den Solidarausgleich herangezogen würden. Dies könnte erhebliche Auswirkungen auf den Beitragssatz und die Einkommensverteilung haben.<sup>150</sup>

---

<sup>146</sup> Die Existenz einer BBG und einer VPG, ist in Deutschland neben Holland einmalig in Europa.

<sup>147</sup> So entspricht die BBG in der gesetzlichen Arbeitslosenversicherung der in der GRV gültigen Grenze.

<sup>148</sup> Vgl. hierzu: Arnold 1995, Knoche 1998, Knieps 1998, Jacobs 2000, Arbeitsgruppe Alternative Wirtschaftspolitik 2000, Engelen-Kefer 2002, Gesprächskreis Arbeit und Soziales 2002.

<sup>149</sup> Die Auswirkungen einer Anhebung der BBG im Falle der GRV, die prinzipiell auch auf die GKV übertragbar sind, lassen sich als inter- und intragenerative Wohlfahrtseffekte beschreiben, die sich sowohl in einer Umverteilung zu Gunsten von Einkommensschwachen als auch in einer Umverteilung von Jung nach Alt äußern (Jess 2002). Langfristige sekundäre makroökonomische Effekte sind unter anderem ein geringeres Steueraufkommen bei der Kapitalertragssteuer, da obere Einkommensbezieher eine geringere Vermögensbildung aufgrund einer Anhebung der BBG zeigen.

<sup>150</sup> So ergab die außerordentliche Anhebung der BBG in Ostdeutschland auf das Niveau der westdeutschen BBG ab dem 1.1.2001 rund 0,6 Mrd. DM Beitragsmehreinnahmen (BDA 2001). Eine Anhebung

Variationen der BBG beeinflussen neben dem Umfang auch die Struktur der Personalnebenkosten.<sup>151</sup>

Einer Erhöhung der BBG steht keine äquivalente Erweiterung oder Verbesserung der Leistung (mit Ausnahme des Krankengeldes) gegenüber. Bei der bestehenden BBG wird unterstellt, dass die Höhe des Beitrags noch in einem vertretbaren Verhältnis des zu erwartenden Gegenwerts steht und damit in gewissen Maße Beitragsäquivalenz gegeben ist. Durch eine Anhebung der BBG auf das Niveau der GRV würde auch diese annähernde Äquivalenz nicht mehr bestehen. Der Krankenversicherungsbeitrag würde sich somit dem Charakter einer linearen Lohnsteuer nähern (Wille 1998b: 249, SVRKAiG 1995: 164, Bofinger 2002: 724).<sup>152</sup>

Eine Veränderung der BBG hat letztlich immer Auswirkungen auf das Verhältnis zwischen GKV und PKV, da über die sogenannte "Friedensgrenze"<sup>153</sup> das Marktpotential der PKV bestimmt wird. Eine Anhebung der BBG auf das Niveau der in der GRV geltenden Grenze würde den Marktanteil der PKV für freiwillig versicherte Angestellte und Selbständige kurzfristig schätzungsweise um gut 6 Prozentpunkte oder ein Viertel erhöhen (Rohweder 1996: 261) und damit der Solidargemeinschaft wichtige Nettozahler entziehen.

Durch eine Aufhebung der BBG – bei gegebener VPG – würde sich der Abwanderungseffekt zugunsten der PKV weiter erhöhen. Die Kombination mit einer Anhebung der VPG wäre daher notwendig, um stärkere fiskalische Effekte zu erzielen.<sup>154</sup>

---

der BBG (inkl. einer Anhebung der VPG) auf das Niveau der in der GRV geltenden Grenze würde die Versichertenzahl um 880.000 und die Beitragseinnahmen um 12,9 Mrd. DM bei unverändertem Beitragssatz erhöhen. Pfaff et al. (1996) auf Basis von Angaben aus dem Jahre 1994, ohne Einbeziehung von Selbständigen und Beamten. Dem würden Mehrausgaben in Höhe von 3 Mrd. DM gegenüberstehen. Mit den zusätzlichen Finanzmitteln könnte der Beitragssatz um 0,67 Prozentpunkte gesenkt werden. Winkelhake und John (1999: 208f.) berechnen auf Basis der EVS 1988 bei einem Anstieg der BBG um 500 DM/Monat einen Beitragsentlastungseffekt von 0,4 Prozentpunkten. Gleichzeitig verringerte sich die Einkommensungleichheit gemessen am Gini-Koeffizienten um 0.008.

<sup>151</sup> Hierzu hat der SVRKAiG in seinem Sondergutachten des Jahres 1997 die Effekte, die Beitragssatz und BBG auf Umfang und Struktur der Personalnebenkosten haben, geschätzt. Die effektive Belastung durch Krankenversicherungsbeiträge einer Branche (bezogen auf das Arbeitseinkommen), wird durch die Verteilung der Einkommen bestimmt. So belief sich im Versicherungsgewerbe im Jahre 1992 der effektive Beitragssatz auf 9,4%, im Gegensatz zum Einzelhandel mit 11,5% (Angaben bezogen auf Westdeutschland SVRKAiG 1998: 268). Aufgrund der paritätischen Finanzierung der Krankenversicherungsbeiträge ist es für einen Arbeitgeber daher von Interesse, ob sich Lohnerhöhungen auf Beschäftigte unterhalb bzw. oberhalb der BBG – und damit u.U. beitragsneutral – beziehen.

<sup>152</sup> Eine Anhebung der BBG benachteiligt zudem einseitig die Bezieher von Arbeitsentgelten.

<sup>153</sup> Als Friedensgrenze wird die VPG bezeichnet, da diese maßgeblich den Zugang zur PKV bestimmt.

<sup>154</sup> Jess (2002: 491f.) zeigt in einer Modellrechnung für die GRV, dass für verschiedene makroökonomische Indikatoren bei einer Anhebung der BBG auf das Dreifache des Durchschnittseinkommens (was quasi einer Aufhebung der BBG entspräche), Effizienzverluste auftreten können. So sind Steuerverluste von

### 6.6.2 Erhöhung oder Aufhebung der Versicherungspflichtgrenze

Eine Reform der BBG wird auch mit einer Veränderung der Versicherungspflichtgrenze (VPG) in Verbindung gesetzt, da die VPG maßgeblich die Größe des Mitgliederkreises der GKV-Solidargemeinschaft bestimmt. Die VPG war bis zum Jahresende 2002 wie die BBG auf 75% der in der GRV geltenden Grenze festgeschrieben (§6 Abs. 1 Nr. 1 SGB V).<sup>155</sup> Die Existenz der VPG und ihre Fixierung wird durch das Kriterium der Schutzbedürftigkeit begründet.<sup>156</sup>

Wie bei der BBG ist die Festlegung der VPG auf ein bestimmtes Niveau nur normativ zu erklären, und aus Gründen der Vereinheitlichung der Sozialsysteme ist eine Angleichung an das Niveau der GRV erwägenswert.<sup>157</sup>

Vor allem die Möglichkeit für bestimmte Gesellschaftsgruppen, sich dem Versicherungszwang in der GKV zu entziehen, ist mit dem Solidaritätsprinzip nicht vereinbar ("Exit-Option", vgl. SVR 2000: 251). „So kommt es zu einer adversen Risikoselektion, gegen die sich die GKV nicht schützen kann“ (Brümmerhoff 1991: 194). „Gerade die Einbeziehung der Höherverdienenden ist aber Voraussetzung für die Funktionsfähigkeit des Solidarprinzips“ (Flörke 1998: 350).<sup>158</sup>

Mit der Anhebung der VPG wird daher eine Verbesserung der Finanzierungsbasis der GKV und eine Stärkung des Solidarprinzips erwartet, da einkommensstarke Gruppen in den Versichertenkreis einbezogen werden (Brümmerhoff 1991: 194). Ein konsequentes

---

mittelfristig rund 3% erwartbar, und dass sowohl die Beschäftigung, die Wertschöpfung oder der Konsum mittelfristig 1-1,5% niedriger ausfallen dürfte. Diese Wohlfahrtseffekte sind insgesamt für alle Generationen negativ, da reduzierte Leistungsanreize für obere Einkommensbezieher sich unter anderem in einem geringeren Steueraufkommen äußern, die durch allgemeine Steuererhöhungen kompensiert werden müssen. "Maßnahmen, die kurzfristig zu Einnahmeverbesserungen führen, können langfristig deutlich negative Auswirkungen auf Beitragssatz, Wachstum und Beschäftigung haben" (Jess 2002: 495).

<sup>155</sup> Vgl. Beitragssatzsicherungsgesetz (BSSichG). Zum 1.1.2003 ist die VPG unter Beibehaltung der BBG von 3375 Euro auf 3825 Euro erhöht worden (Bundesgesetzblatt 2002: 4637).

<sup>156</sup> Eine soziale Schutzbedürftigkeit wird als gegeben angesehen, wenn zur Bestreitung des Lebensunterhalts auf die Verwendung der eigenen Arbeitskraft zurückgegriffen werden muss (vgl. Urteils des BSG vom 11. Oktober 2001, Az: B 12 KR 19/00 R zur Versicherungspflicht in der GRV [http://www.kv-media.de/Internet/UrteileKV/b12kr19\\_00r.htm](http://www.kv-media.de/Internet/UrteileKV/b12kr19_00r.htm) vom 9.8.2002).

<sup>157</sup> Vgl. Wille (1998b: 246), Schwartz und Jung (2000: 74), Jacobs (2000: 14), Engelen-Kefer (2002: 210), SVR (2000: Ziffer 483).

<sup>158</sup> Erfahrungen aus der Vergangenheit zeigen, dass große Abwanderungstendenzen bestehen, falls eine Anhebung der VPG vorgenommen wird. Arbeiter im Gegensatz zu Angestellten waren bis 1988 ausnahmslos der Versicherungspflicht unterlegen. Durch die Einführung der VPG für Arbeiter ist es zu einem Anstieg der Neukunden in der PKV in Höhe von 664.000 im Jahre 1989 gekommen, was einer Steigerung gegenüber dem Vorjahr von knapp 90% entspricht (Müller und Schneider 1997 und PKV 1998b: 14).

Verfolgen des Solidargedankens in der GKV hätte somit eine vollständige Aufhebung der VPG zur Folge.<sup>159</sup>

In der folgenden schematischen Abbildung (Abb. 3) sind verschiedene Varianten einer Änderung der BBG und VPG dargestellt. Die folgenden Wirkungen sind zu erwarten:

1. Ausweitung der PKV,
2. Abnahme der regressiven Wirkung innerhalb der GKV,
3. Ausdehnung der GKV,
4. Ausweitung der solidarischen Finanzierung der GKV zuungunsten der PKV.

Abbildung 3: Schematische Darstellung von Möglichkeiten einer Änderung der BBG und VPG und der zu erwartenden Wirkungen

	<b>Beitragsbemessungsgrenze</b>		
<b>Versicherungspflichtgrenze</b>	einfrieren	dynamisieren	anheben
einfrieren	1	2	2
dynamisieren	3	Status Quo	2
anheben	3	3	4

Quelle: SVR 1997: 264.

Nach der fiskalischen Ergiebigkeit sind die unter den Punkten 2 und 4 genannten Wirkungen für die GKV am aussichtsreichsten. Im Zuge einer Angleichung der Sozialversicherungssysteme wäre eine Anhebung der BBG auf das Niveau in der GRV bei Anhebung bzw. Wegfall der VPG eine finanzpolitisch vorteilhafte Variante. Mit einer Abschaffung der VPG verbliebe für die PKV jedoch nur noch das Zusatzgeschäft, da die GKV dann den Charakter einer allgemeinen Zwangsversicherung hätte.

<sup>159</sup> Pfaff et al. (1996) haben für das Jahr 1996 (ohne Einbeziehung von Selbständigen und Beamten) geschätzt, dass sich durch einen Wegfall der VPG bei gleichzeitiger Anhebung der BBG auf das Niveau der in der GRV geltenden Grenze die Versichertenzahl in der GKV um 1,23 Mio. und die Beitragseinnahmen um 16 Mrd. DM (bei unverändertem Beitragssatz) erhöht hätten. Demgegenüber wären Leistungsmehrausgaben in Höhe von 4,1 Mrd. DM angefallen. Im Saldo hätte sich ein beitragsatzsenkender Effekt von 0,79 Prozentpunkten ergeben. Pfaff et al. gehen bei ihren statischen Berechnungen aber von der unrealistischen Annahme aus, dass kein betroffener PKV-Versicherter von seinem Befreiungsrecht Gebrauch macht. Unter der Annahme, dass 50% der betroffenen PKV-Versicherten das Befreiungsrecht beanspruchen, würde sich der Beitragsentlastungseffekt um etwa ein Drittel reduzieren (SVRKAiG 1998: 287). Wird eine Befreiungsquote von 68% unterstellt (Boetius und Wiesemann 1998: 29), so reduziert sich der Entlastungseffekt weiter. Empirische Untersuchungen zu diesem Effekt liegen nicht vor (vgl. SVRKAiG 1998: 287). Boetius und Wiesemann (1998: 59ff.) versuchen den Effekt einer Anhebung der BBG und VPG anhand verschiedener empirisch nicht belegter Wechsler- und Kündigungsquoten zu quantifizieren. Sie kommen je nach Parameterkonstellation auf einen Beitragseffekt für die GKV von -0,09 bis +0,29 Prozentpunkten (ebd. 66).



Gegen eine Aufhebung der BBG und der VPG spricht das Existenzrecht der PKV, die nach europäischer Gesetzgebung geschützt ist.<sup>160</sup> Ferner verstößt eine Anhebung der BBG und VPG gegen das mit Verfassungsrang ausgestattete Subsidiaritätsprinzip.<sup>161</sup>

Ausgehend vom Subsidiaritätsprinzip setzt eine Anhebung der BBG und der VPG den Gesetzgeber unter einen hohen Begründungszwang. Dieser ist nicht gegeben, solange die GKV erhebliche Wirtschaftlichkeitsreserven aufweist und die Ausgabenseite der GKV entlastet werden kann (Boetius und Wiesemann 1998: 34). Weitere verfassungsrechtliche Bedenken ergeben sich aus den Grundrechten der Versicherten, da bereits gebildete Alterungsrückstellungen verfallen würden.<sup>162 163</sup>

Zusammenfassend kann davon ausgegangen werden, dass es bei einer Anhebung der BBG und der VPG zwar zu einer Stärkung der Solidarität und zu mehr Beitragsgerechtigkeit (Arnold 1995: 184) aber nur zu einem vergleichsweise geringen entlastenden Effekt für die Finanzierungsbasis der GKV käme. Denn es würde sich ein einmaliger Abwanderungseffekt von GKV-Mitgliedern zur PKV ergeben und außerdem müsste eine Befreiungsklausel für PKV-Versicherte gewährt werden. Ausgehend von den relativ geringen fiskalischen Effekten und den erheblichen verfassungsrechtlichen Bedenken gegen eine Anhebung der BBG und der VPG fordert der SVRKAiG (1995) ein Beibehalten der sogenannten Friedensgrenze zwischen GKV und PKV.<sup>164</sup>

### **6.6.3 Absenkung der Beitragsbemessungs- und Versicherungspflichtgrenze**

Eine in der Literatur kaum anzutreffende Alternative besteht in der Absenkung der BBG<sup>165</sup> und der VPG, die das Verhältnis zwischen GKV und PKV neu bestimmen

---

<sup>160</sup> Vgl. Dienstleistungsfreiheit nach Artikel 59 EGV und nach deutschem Verfassungsrecht (Artikel 12 Abs. 1 und 14 Absatz 1 GG).

<sup>161</sup> Gegen das Übermaßgebot wird dann verstoßen, wenn Personen in die Versicherungspflicht gezwungen werden, die für die Funktionsfähigkeit der sozialen Sicherung nicht unerlässlich sind (Boetius und Wiesemann 1998: 32).

<sup>162</sup> Diese genießen aber den Schutz der Eigentumsgarantie nach Art. 14 Abs. 1 GG.

<sup>163</sup> Gegen die erheblichen verfassungsrechtlichen Bedenken spricht aber z.B. die vom Bundesverfassungsgericht nicht angenommene Beschwerde über die Anhebung der VPG zum 1.1.2003. In den Gründen für diese Entscheidung heißt es unter anderem, dass eine Anhebung der VPG zur Erreichung gesetzgeberischer Ziele geeignet ist. Der Gesetzgeber wollte damit einen Teil der besonders leistungsfähigen Zielgruppe an die Solidargemeinschaft der GKV binden (BverfG 2004).

<sup>164</sup> Zudem besteht derzeit nicht der politische Wille die Trennung zwischen GKV und PKV aufzuheben; so Gerhard Schröder in seiner Regierungserklärung vom 14. März 2003 (PKV 2003: 26).

<sup>165</sup> Für eine etwaige Absenkung der BBG in der GRV spricht sich unter anderem Wagner (2000: 147) aus, da hiermit mehr Gestaltungsspielraum für individuelle Vorsorge geschaffen würde.

würde (Deutscher Bundestag 2001: 88).<sup>166</sup> Eine Absenkung der BBG und der VPG würde den Systemwettbewerb zwischen GKV und PKV anregen. Es bestünde aber die Gefahr, dass sich die GKV langfristig verstärkt in Richtung eines Fürsorgesystems (in Analogie zu Medicare und Medicaid in den USA) entwickeln würde.

Eine einseitige Absenkung der VPG würde die Wettbewerbsposition der GKV erheblich schwächen, da für Mitglieder oberhalb dieser Grenze der Wechsel zur PKV attraktiv wäre. Daher müsste – um gleichberechtigte Wettbewerbsvoraussetzungen zu schaffen – ein übergreifender Risikostrukturausgleich (RSA) zwischen GKV und PKV vorgenommen werden (Jacobs 1996: 65).<sup>167</sup>

## **6.7 Risikostrukturausgleich mit der privaten Krankenversicherung**

Eine Veränderung der Finanzierungsgrundlagen der GKV verändert immer auch das Wettbewerbsverhältnis zur PKV. Die Einführung eines Risikostrukturausgleichs (RSA) zwischen der GKV und der PKV würde die Wettbewerbsposition der GKV gegenüber der PKV eingehend stärken.<sup>168</sup> Die Zuweisung der Versicherten nach der sozialen Schutzbedürftigkeit zur GKV bliebe erhalten. Durch die Ausweitung des RSA würde die PKV in eine solidarische Wettbewerbsordnung eingebunden und das Solidarprinzip gestärkt (Pfaff 1995: 17, Jacobs 1996: 65, Daumann und Thielbeer 1999: 286), da sich auch die PKV-Versicherten an der Finanzierung des Krankenversicherungsschutzes einer vergrößerten Solidargemeinschaft beteiligen müssten.<sup>169</sup>

---

<sup>166</sup> Eine in diesem Zusammenhang genannte Forderung bezieht sich darauf, die GKV auf die "wirklich sozial Schutzbedürftigen" zu reduzieren (Sodan 2003: 76).

<sup>167</sup> Empirische Untersuchungen zu dieser Reform sind nicht bekannt. Die Praktikabilität dieses Vorschlags hinge aber davon ab, inwieweit die GKV eine belastbare Wettbewerbsposition gegenüber der PKV aufbauen könnte.

<sup>168</sup> Es ist aber mit erheblichen Umsetzungsproblemen zu rechnen, da unter anderem für die PKV-Versicherten ein vergleichbares Äquivalent zum Ausgleichsfaktor Grundlohn der GKV-Versicherten gefunden werden müsste. Zu den Faktoren, die im RSA der GKV im Rahmen eines Beitrags- und Finanzkraftbedarfs ausgeglichen werden, gehören neben dem Alter, dem Geschlecht und der Zahl der Mitversicherten auch der Grundlohn. Mit einer Ausweitung des bürokratischen Aufwands, zur Durchführung eines kassenartenübergreifenden RSA ist zu rechnen. Derzeit liegen aber keine Informationen über die Einkommen der PKV-Versicherten vor. Die Niederlande, die eine ähnliche Trennung zwischen sozialer und privater Krankenversicherung kennen wie in Deutschland, erheben zumindest einen Solidarbeitrag von privat Versicherten.

<sup>169</sup> Bei einer Ausweitung des RSA auf die PKV käme es so zu einem Nettotransfer zugunsten der GKV-Versicherten, da die gesamten Bruttoerwerbseinkommen (inkl. staatlicher und privater Renten und Kapitalerträge) von PKV-Versicherten rund 70% über dem entsprechenden Durchschnitt von GKV-Versicherten liegen (Grabka 2002). Bohm et al. (1996) haben für das Jahr 1994 ein Transfervolumen auf Grundlage des Grundlohnausgleichs in Höhe von rund 7 Mrd. DM zugunsten der GKV errechnet, was

Die generelle Funktion des RSA besteht darin Versichertenselektion zu vermeiden, um einen fairen Kassenwettbewerb zu gewährleisten. Die Selektion guter Risiken ist ein zentrales Merkmal der ungleichen Wettbewerbssituation zwischen GKV und PKV. Durch einen kassenartenübergreifenden RSA, könnte diese Risikoselektion reduziert und eine Angleichung der Wettbewerbsbedingungen zwischen den beiden verschiedenen Versicherungszweigen, für einen echten Kassenwettbewerb, erzielt werden. Dadurch würden Anreize für eine Suche nach einer effizienteren und preiswerteren Gesundheitsversorgung gesetzt.

## **6.8 Veränderung der beitragsfreien Familienversicherung**

Ein wesentliches Element der bestehenden GKV stellt die beitragsfreie Familienversicherung dar (§10 SGB V).<sup>170</sup> Der Familienlastenausgleich ist unter versicherungsökonomischen Aspekten umstritten und wird mitunter als "Fremdleistung" bezeichnet Beske (1997: 20).

Befürworter einer Abschaffung der beitragsfreien Familienversicherung argumentieren, dass die Förderung von Ehe und Familie keine Aufgabe der Sozialversicherung, sondern eine allgemeine staatliche Aufgabe darstellte. Eine Finanzierung der Familienversicherung müsste folgerichtig aus allgemeinen Deckungsmitteln erfolgen und der gesamten Bevölkerung zur Verfügung gestellt werden (SVR 1995: 61).<sup>171</sup>

Ein weiteres Argument der Gegner einer beitragsfreien Familienversicherung betrifft die Beitragsgerechtigkeit. In Zeiten der Gleichstellung nichtehelicher Lebensgemeinschaften ist ein Überdenken der Beitragsfreiheit mitversicherter Ehepartner angebracht. Vor allem betrifft dies Ehepartner ohne Erziehungs- oder Pflegeaufgaben, da die Ungleich-

---

einem Beitragsentlastungseffekt von 0,53 Prozentpunkten in der GKV entspräche. PKV-Versicherte wären mit etwa 3% des sozialversicherungspflichtigen Einkommens zusätzlich belastet (ca. 1000 DM pro Jahr und Versicherten).

<sup>170</sup> Knapp 30% der Versicherten sind als Familienversicherte in der GKV beitragsfrei mitversichert. Die Ausgaben für die beitragsfreie Mitversicherung von Familienangehörigen im Jahre 1997 werden auf rund 60 Mrd. DM geschätzt (Beske und Kern 2000: 18), das sind ca. 21% der Gesamtausgaben der GKV (vgl. auch Breyer 1997b: 213).

<sup>171</sup> Das DIW argumentiert, dass die vielen, bisher unsystematischen Förderungen von Ehe und Familie – wie auch die beitragsfreie Familienversicherung in der GKV – gebündelt und am Ziel der Förderung von Familien mit Kleinkindern ausgerichtet werden sollten (vgl. Grabka und Kirner 2002: 535).

behandlung von Familien mit gleichem Haushaltseinkommen (jeweils mit oder ohne Kind) einen gravierenden Verstoß gegen das Leistungsfähigkeits- und Äquivalenzprinzip und das Prinzip der Beitragsgerechtigkeit darstellt. Damit besteht ein allokativer Mangel, da Ehepaarhaushalte mit zwei Verdienern im Extremfall bis zu doppelt so hohe Beiträge entrichten müssen, wie solche mit einem Verdienner. Berücksichtigt man zudem sonstige Einkunftsarten von beitragsfrei versicherten Familienangehörigen, die bisher nicht der Beitragspflicht unterliegen, so wird abermals der Verstoß gegen das Leistungsfähigkeitsprinzip besonders deutlich.

Die beitragsfreie Mitversicherung ist zudem keine zielgerichtete Komponente eines sozialen Ausgleichs, da allen Familien in der GKV unabhängig von deren Einkommenssituation beitragsfreie Mitversicherung gewährt wird.<sup>172</sup>

Will man den Familienlastenausgleich - statt ihn vollständig aus der GKV auszugliedern - beibehalten und zielgerecht gestalten, so drängen sich folgende Fragen auf:

- welche Familienmitglieder sollen einer Beitragspflicht unterliegen,
- wie kann festgestellt werden, dass pflegebedürftige Angehörige vom Versicherten wirklich selbst gepflegt werden und
- welche Bemessungsgrundlage soll gelten ?

Für den Kreis der zusätzlich Beitragspflichtigen sind grundsätzlich drei Varianten vorstellbar: entweder könnte der Familienlastenausgleich gänzlich aufgehoben werden, oder er wird nur auf Kinder bezogen, d.h. alle mitversicherten Ehepartner werden einer Beitragspflicht unterstellt, oder neben Kindern werden auch solche Ehepartner beitragsfrei versichert, die Erziehungs- oder Pflögetätigkeiten ausüben (Wille 2002: 12).

Neben der Abgrenzung und Identifikation von Ehepartnern mit Pflögetätigkeiten stellt die Bemessungsgrundlage ein wichtiges Problem dar. Denn eine Beitragserhebung für nicht erwerbstätige Ehepartner entspricht nicht streng dem Leistungsfähigkeitsprinzip (SVR 2000: 252). Eine bestimmte Bemessungsgrundlage lässt sich nicht begründen, jedoch sind verschiedene Varianten einer Beitragspflicht von Familienangehörigen denkbar (vgl. für eine Auswahl SVRKAiG 1995: 359, Breyer 1997b).<sup>173</sup>

---

<sup>172</sup> Vgl. zur Änderung bzw. Abschaffung der beitragsfreien Familienversicherung: Leyendecker (1995: 34), Jacobs (1996: 68), Beske (1997: 20), Breyer (1997), Cassel (2001: 91), Bofinger (2002: 722).

<sup>173</sup> Die Beitragszahlung des bisher nicht beitragspflichtigen Versicherten könnte bemessen werden: (a) als (dynamisierter) Mindestbeitrag, (b) auf Basis äquivalenzgewichteter Haushaltsnettoeinkommen, (c) nach Splitting des Bruttoerwerbseinkommens des Partners auf Basis des hälftigen Bruttoeinkommens), (d) nach

Den zu erwartenden Beitragsmehreinnahmen würden keine Leistungsmehrausgaben gegenüberstehen, da diese Personen bereits heute in der GKV versichert sind. Pfaff et al. (1996) berechnen für das Jahr 1996 vier verschiedene Modelle einer geänderten beitragsfreien Familienversicherung und weisen einen Beitragsentlastungseffekt für die GKV je nach Modell in Höhe von 0,6 bis 1,2 Prozentpunkten aus (Tabelle 16).

**Tabelle 16: Auswirkungen einer veränderten Familienversicherung in der GKV**

Modell	Bemessungs- grundlage	Veränderung			
		Zahl der Ver- sicherten in Mio.	Einnahmen in Mrd. DM	Ausgaben in Mrd. DM	Beitragssatz in Prozent- punkten
Beitragspflicht bisher nicht beitragspflicht- iger Ehepartner ohne Kinder unter 13 Jahren	50% des jeweiligen Mitgliedbeitrags	+/- 0	+11,5	+/- 0	-0,64
Beitragspflicht bisher nicht beitragspflicht- iger Ehepartner ohne Kinder unter 7 Jahren	50% des jeweiligen Mitgliedbeitrags	+/- 0	+15,7	+/- 0	-0,86
Beitragspflicht unab- hängig von Zahl und Alter der Kinder	50% des jeweiligen Mitgliedbeitrags	+/- 0	+21,8	+/- 0	-1,16
steuerfinanzierter Familienlastenaus- gleich für Kindern unter 18 Jahren	bestehende Regel- ungen in der GKV	-13,8	-0,9	-15,3	-0,94

Quellen: Pfaff et al. (1996: 71-75) und eigene Ergänzungen. Modellrechnungen für das Jahr 1996.

Die in der Modellrechnung unterstellte Beitragssenkung würde allerdings etwas geringer ausfallen, da mit derartigen Veränderungen weitere Effekte verbunden sind: Mit der Erhebung eines Beitrags für bisher beitragsfrei Familienversicherte in der GKV würde sich die Wettbewerbssituation der GKV deutlich zugunsten der PKV verschlechtern. Gute Risiken (einkommensstarke Haushalte) würden zur PKV abwandern. Es käme insoweit auch zu einer Entsolidarisierung zuungunsten der GKV.<sup>174</sup>

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass der Familienlastenausgleich – wenn das vorrangige Ziel die Förderung der Ehe oder von Familien mit Kindern ist – in der GKV falsch verortet ist. Diese sozialpolitische "Fremdlast" verstößt zudem gegen das

---

Splitting des Erwerbseinkommens des gesamten Haushaltseinkommens, (e) auf Basis eines altersbezogenen Kopfbeitrags der die altersspezifischen durchschnittlichen Leistungsausgaben widerspiegelt, oder (f) auf Basis eines einheitlichen Kopfbeitrags für alle Erwachsenen.

<sup>174</sup> Problematisch wäre zudem die paritätische Finanzierung von Beiträgen bei Splittingmodellen.

Leistungsfähigkeitsprinzip und gegen die Beitragsgerechtigkeit. Die beitragsfreie Familienversicherung für Kinder sollte aus der GKV herausgenommen und durch allgemeine Steuermittel finanziert werden. Zumindest sollte die bisherige beitragsfreie Versicherung von erwerbslosen Ehepartnern durch eine Mindestbeitragsregelung ersetzt werden.

## 6.9 Differenzierte Beitragssätze

Die Grundidee dieses Reformansatzes besteht darin, dass die Solidargemeinschaft neu bestimmt wird, indem sie nicht mehr als einheitliche Gruppe betrachtet sondern in Teilgruppen aufgespaltet wird. Das bisherige Prinzip der interpersonellen und intergenerationalen Umverteilung in der GKV würde durch eine solche Reform aufgehoben werden, da nur in der jeweiligen Teilgruppe ein Solidarausgleich stattfinden würde.

Eine Abgrenzung der Teilgruppen könnte dem Versicherungsprinzip folgen, wonach Personen mit vergleichbaren Risiken (kollektive Äquivalenz z.B. in Form von Alterskohorten) eine Versichertengemeinschaft mit eigenen Beitragssätzen bilden (Schulenburg 1988: 456, Oberdieck 1998: 162).

In einem ersten Schritt wäre die bestehende Unterscheidung in der GKV in die Allgemeine Krankenversicherung (AKV) und in die Krankenversicherung der Rentner (KVdR) durch Anwendung unterschiedlicher Beitragssätze denkbar. Befürworter von differenzierten Beitragssätzen argumentieren, dass Rentner sich stärker an der Finanzierung beteiligen sollten, denn mit zunehmenden Alter steigen die Gesundheitsausgaben deutlich an.<sup>175</sup> Das Defizit in der KVdR ist in den vergangenen Jahren kontinuierlich angestiegen.<sup>176</sup> Ausgehend von der Tatsache, dass bei Pflichtmitgliedern Einkunftsarten, die keiner Beitragspflicht in der GKV unterliegen, vermehrt im höheren Lebensalter anfallen, wird eine Ausweitung der Bemessungsgrundlage für Rentner unter dem Gesichtspunkt der Leistungsfähigkeit gefordert (Cassel et al. 1997: 33, BMGS 2003c: 182). Als wesentlicher Vorteil wird

---

<sup>175</sup> So spricht sich Helmut Platzer in einem Minderheitenvotum der sogenannten "Rürup-Kommission" für eine stärkere Beteiligung von Rentnern zur Finanzierung der GKV aus (BMGS 2003c: 182f.).

<sup>176</sup> Die Beitragseinnahmen der Rentner decken nur zu gut 42% deren Leistungsausgaben. Im Jahre 2000 wurden allein mehr als 3 Beitragssatzpunkte für die Finanzierung des Defizits in der KVdR verwendet.

hierbei die Entlastung der erwerbsfähigen Bevölkerung durch sinkende Lohnnebenkosten angesehen.

Die fiskalische Ergiebigkeit einer solchen Reform hinge vor allem davon ab, ob mit der Einführung differenzierter Beitragssätze auch eine Ausweitung der Bemessungsgrundlage bei Rentnern verbunden wäre. Für jüngere Alterskohorten wären deutliche Beitragssatzsenkungen zu erwarten, die positive Effekte für den Arbeitsmarkt aufgrund sinkender Lohnnebenkosten hätten. Eine übermäßige Belastung älterer Alterskohorten sollte aber vermieden werden.<sup>177</sup>

In diesem Zusammenhang sind auch differenzierte Beitragssätze zugunsten niedriger Einkommensklassen zu nennen (SVRKaIG 1998: 261, Wille 1998a: 18). Würde durch Senkung der Sozialabgaben im Niedriglohnbereich der Faktor Arbeit zusätzlich entlastet, können ein Beschäftigungszuwachs und damit zusätzliche Beitragseinnahmen erwartet werden (Zimmermann 2001). Die zu erwartenden finanziellen Effekte einer Beitragssatzsenkung zugunsten niedriger Einkommensklassen sind aber insgesamt als relativ gering anzusehen.<sup>178</sup>

Unter dem Gesichtspunkt der Berücksichtigung der individuellen Leistungsfähigkeit wäre eine Kombination aus differenzierten Beitragssätzen und einer Ausweitung der Bemessungsgrundlage die Rentner zusätzlich belastet, zu begrüßen. Die individuelle Beitragslastverteilung würde sich durch dieses Vorgehen deutlich verschieben. Der Krankenversicherungsbeitrag würde deutlich an Äquivalenz gewinnen, da bei einer alterskohortenspezifischen Beitragsgestaltung der entrichtete Beitrag stärker der empfangenen Leistung entspräche. Berechnungen zu dieser Reformvariante liegen allerdings bisher nicht vor.

---

<sup>177</sup> Vergewahrtigt man sich, dass in Deutschland Altersarmut nur noch von untergeordneter Bedeutung ist und die durchschnittliche Einkommensposition von Personen mit einem Alter oberhalb von 55 Jahren über dem Durchschnitt der Gesamtbevölkerung liegt, ist eine stärkere Belastung der Rentnergeneration erwägenswert (vgl. Grabka und Kirner 2002: 534).

<sup>178</sup> Simulationen zu den Auswirkungen einer Absenkung des Beitragssatzes für untere Einkommensklassen finden sich bei: SVRKaIG (1998: Ziffer 456 ff.).

## 6.10 Ausweitung der Beitragsbemessungsgrundlage

Das im Jahre 2000 veröffentlichte Bundesverfassungsurteil zur Gleichstellung der Rentner in der GKV warf die Frage auf, ob es gerechtfertigt ist, "... bei der Bemessung der Krankenversicherungsbeiträge der Pflichtversicherten – anders als bei den freiwillig Versicherten – bestimmte Einkünfte unberücksichtigt zu lassen" (BVerfG 2000, Abs.-Nr. 88).

Aufgrund der historischen Entwicklung orientieren sich die Beiträge zur GKV an den Erwerbseinkommen, da der krankheitsbedingte Ausfall des Hauptverdieners über das Krankengeld abgesichert wurde.<sup>179</sup> Die Verlagerung der Hauptaufgabe der GKV weg von der Lohnersatzleistung hin zur Gewährung von Sachleistungen, macht eine Fixierung auf die Erwerbseinkommen obsolet. Heute hat das Krankengeld nur noch untergeordnete Bedeutung, und andere Einkommensarten als das Erwerbseinkommen haben deutlich an Bedeutung gewonnen.<sup>180</sup> Es kommt deshalb zur Ungleichbehandlung verschiedener Versichertengruppen bei der Beitragsbemessung, da die Grundlage zur Bestimmung von Krankenversicherungsbeiträgen für z.B. Arbeitnehmer, Rentner und freiwillige Mitglieder unterschiedlich ist. Dies stellt einen Verstoß gegen die horizontale und vertikale Beitragsgerechtigkeit dar.

Die Hauptmotivation für eine Verbreiterung der Bemessungsgrundlage ergibt sich aus einer strikten Anwendung des Leistungsfähigkeitsprinzips.<sup>181</sup> Die finanzielle Leistungsfähigkeit wird aber nicht allein durch das Erwerbseinkommen bestimmt, sondern durch die gesamte finanzielle Leistungsfähigkeit eines Versicherten. Eine Ausweitung der Bemessungsgrundlage auf weitere Einkommensarten bzw. auf das gesamte Haushaltseinkommen wird von einer Vielzahl von Personen gefordert.<sup>182</sup> Ein derartiger Reformschritt würde die tatsächliche finanzielle Leistungsfähigkeit aller GKV-Mitglieder besser berücksichtigen und damit dem Postulat der horizontalen und vertikalen

---

<sup>179</sup> Für Pflichtversicherte in der GKV stellt das Erwerbseinkommen immer noch die hauptsächliche Bemessungsgrundlage dar (vgl. §226ff. SGB V).

<sup>180</sup> So hat allein im Zeitraum 1993 bis 1998 das Geldvermögen der privaten Haushalte um 38,9% auf rund 5,7 Bill. DM zugenommen (Klose und Schellschmidt 2001: 80):

<sup>181</sup> Dieses gilt für freiwillige Mitglieder der GKV (vgl. §238a SGB V und §240 SGB V).

<sup>182</sup> Vgl.: Brümmerhoff (1991: 1993), Arnold (1995: 182), Knieps (1998: 228), Reformkommission Soziale Marktwirtschaft (1999: 28), Jacobs (2000: 14), SVR (2000: 250), Cassel (2001: 91), Gesprächskreis Arbeit und Soziales (2002: 8), Stiftung Marktwirtschaft (2002: 114).



len Gerechtigkeit entsprechen (SVRKAiG 1995: 166). Eine Ausweitung der Bemessungsgrundlage könnte sich auf folgende Einkommensarten beziehen:<sup>183</sup>

- Kapitalerträge einschließlich Einkünften aus Vermietung und Verpachtung,
- Einkommen aus selbständiger Tätigkeit,
- Einkünfte aus Nebentätigkeiten,
- alle Rentenarten,
- das steuerpflichtige Einkommen,
- oder auf alle Einkunftsarten.

Bei einer breiteren Bemessungsgrundlage würde neben einer Stärkung der solidarischen Finanzierung auch der Faktor Arbeit durch eine tendenzielle Senkung der Lohnnebenkosten entlastet werden, da Erwerbseinkommen in der Beitragsbemessung an Bedeutung verlieren.<sup>184</sup> Letztlich lässt eine Ausweitung der Bemessungsgrundlage neben nennenswerten Beitragsmehreinnahmen auch eine höhere Robustheit der GKV-Financen gegen konjunkturelle Schwankungen sowie gegen längerfristige Verschiebungen der Einkommensstruktur zugunsten von Kapitalerträgen und damit eine dauerhaftere Finanzierungsgrundlage erwarten.<sup>185</sup>

Schätzungen zur fiskalischen Ergiebigkeit einer Ausweitung der Bemessungsgrundlage liegen für Westdeutschland nur für Kapitaleinkünfte vor. Unter Beibehaltung der geltenden BBG wiesen Winkelhake und John (1999) einen Entlastungseffekt von 0,9 Prozentpunkten nach; bei Anhebung der BBG um 1500 DM/Monat senkte sich der Beitragssatz um insgesamt 1,9 Prozentpunkte.<sup>186</sup>

Bei der Berücksichtigung des gesamten steuerpflichtigen Einkommens ist mit weiteren Mehreinnahmen zu rechnen. Das Ausmaß der tatsächlichen fiskalischen Ergiebigkeit ist jedoch kaum richtig einzuschätzen, da mit Vermeidungsstrategien in Form von Kapitalflucht ins Ausland oder zunehmender Schattenwirtschaft zu rechnen ist.

---

<sup>183</sup> Eine Ausweitung der Bemessungsgrundlage könnte sich dabei nur auf die beitragspflichtigen Mitglieder oder aber auf alle Versicherten in der GKV beziehen.

<sup>184</sup> Vgl. Cassel et al. (1997: 33), SVRKAiG (1998: 292). Es käme zudem zu einer Abnahme der intergenerativen Umverteilung, da Rentnerhaushalte i.d.R. höhere Kapitaleinkünfte und Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung erzielen, als jüngere Haushalte.

<sup>185</sup> Alternativ könnte eine allgemeine Abgabe auf Zinsen, Renditen und Erträge aus Vermietung und Verpachtung eingeführt werden, wie dies bereits in Frankreich der Fall ist (Flörke 1998: 352).

Bei einer isolierten Ausweitung der Bemessungsgrundlage wäre eine einseitige Belastung von Geringverdienern und Teilzeitbeschäftigten verbunden, da zusätzliche Einkünfte nur unterhalb der BBG beitragsrelevant sind. Es sind somit regressive Verteilungseffekte zu erwarten.<sup>187</sup> Aus Gründen der Beitragsgerechtigkeit wäre bei einer Ausweitung der Bemessungsgrundlage daher auch eine Anhebung der BBG und VPG sinnvoll.<sup>188</sup>

Ein wichtiger Einwand gegen eine Ausweitung der Bemessungsgrundlage liegt darin, dass mit Erhebungsproblemen<sup>189</sup> der sonstigen Einkunftsarten sowie einer Änderung des Inkassoverfahrens und deshalb mit steigenden Transaktionskosten, zu rechnen ist. Krankenkassen würden so Finanzamtscharakter erhalten. Der Krankenversicherungsbeitrag würde den Charakter einer proportionalen Einkommensteuer mit Zweckbindung gewinnen.<sup>190</sup>

Insgesamt ist aus Gründen der Beitragsgerechtigkeit, der Berücksichtigung des Leistungsfähigkeitsprinzips in der Beitragsbemessung und einer solideren dauerhaften solidarischen Finanzierung der GKV eine Ausweitung der Bemessungsgrundlage angebracht, doch sollten die steigenden Transaktionskosten einer breiteren Bemessungsgrundlage nicht unterschätzt werden.

## **6.11 Ausweitung der Versicherungspflicht**

Eine Reformoption, die eng mit der Anhebung bzw. Aufhebung der Versicherungspflichtgrenze sowie auch mit einer veränderten Familienversicherung verbunden ist, ist die Ausweitung der Versicherungspflicht. Die Ziele, die hiermit verfolgt werden, sind

---

<sup>186</sup> Winkelhake und John (1999) auf Basis der EVS 1988. Der Entlastungseffekt hat sich vermutlich in der Zwischenzeit infolge der wachsenden Bedeutung von Kapitalerträgen noch erhöht.

<sup>187</sup> Erschwerend kommt hinzu, dass Kapital und Kapitaleinkünfte stark ungleich verteilt sind und vornehmlich in oberen Einkommensgruppen in nennenswertem Umfang vorkommen.

<sup>188</sup> Bei der Berücksichtigung weiterer Einkunftsarten bestünde für eine zunehmende Zahl von Versicherten die Möglichkeit eines Wechsels zur PKV, was den Solidarcharakter der GKV unterhöhlen und die Finanzierungsbasis der GKV schwächen würde (Wille 1998b: 252).

<sup>189</sup> Hiergegen kann jedoch eingewendet werden, dass freiwillig Versicherte in der GKV bereits heute sonstige Einkunftsarten z.B. mittels ihrer Steuererklärung nachweisen müssen.

<sup>190</sup> Problematisch wäre vor allem die Verrechnung von negativen Einkommen und Verlustausgleichen, die im Steuerrecht Anwendung finden. So spricht sich unter anderem Wille gegen eine Ausweitung der

eine Stärkung der solidarischen Finanzierung, eine Abkehr der reinen Lohnzentrierung der Beitragsbemessung und damit auch eine Erhaltung sowie eine Verbreiterung der finanziellen Basis der GKV.<sup>191</sup> Eine Ausweitung der Versicherungspflicht könnte sich auf folgende Bevölkerungsgruppen beziehen:

- Beamte,
- Selbständige,
- Bezieher von Einkommen oberhalb der VPG,
- Sozialhilfeempfänger und
- sonstige Personengruppen (Anspruchsberechtigte der Freien Heilfürsorge, Personen ohne Krankenversicherungsschutz, etc.).

Neben einer für die GKV günstigeren Einkommenssituation der meisten der bisher nicht pflichtversicherten Bevölkerungsgruppen (Grabka 2002)<sup>192</sup>, weisen diese eine überwiegend geringere Krankheitslast auf und entlasten damit auch relativ die Ausgabenseite der GKV.<sup>193</sup>

Eine Versicherungspflicht leitet sich aus dem Grundsatz der sozialen Schutzbedürftigkeit ab.<sup>194</sup> Es ist mit Recht zu fragen, ob aufgrund des kostenintensiven medizinischen Fortschritts und einer bevölkerungsweiten Multimorbidität das Krankheitskostenrisiko unkalkulierbar wird und sich ein allgemeines, vom Einkommen unabhängiges Schutzbedürfnis konstatieren lässt (Oberender und Fiebelkorn-Bechert 1998: 116). Bei den folgenden Ausführungen über bisher nicht versicherungspflichtige Gruppen wird davon ausgegangen, dass dieses Schutzbedürfnis vorliegt.<sup>195</sup>

---

Bemessungsgrundlage aus, da "... per Saldo allokative und distributive Aspekte eher für und technisch-organisatorische Gesichtspunkte eher gegen diese Reformoption" sprechen (Wille 1998b: 253).

<sup>191</sup> Die Ausweitung der Versicherungspflicht ist vor dem Hintergrund der abnehmenden Bedeutung des Normalarbeitsverhältnisses von besondere Bedeutung. So ist der Anteil der sozialversicherungspflichtigen Vollzeitbeschäftigten im Zeitraum von 1991 bis 2001 um 11% zurückgegangen. Im Gegenzug haben sozialversicherungsfreie Tätigkeiten deutlich zugenommen; der Anteil von Selbständigen ohne eigene Beschäftigte hat um 32% zugelegt (Bofinger 2002: 717).

<sup>192</sup> So weisen Selbständige die höchsten Vermögenseinkommen auf, gefolgt von sonstigen Personen, Angestellten und Beamten (Bedau 1999: 565f.).

<sup>193</sup> Der Nachweis einer geringeren Krankheitslast und damit geringeren Leistungsausgaben von bisher nicht GKV-Versicherten, kann durch eine Verknüpfung der RSA-Leistungsprofile mit diesen Bevölkerungsgruppen vorgenommen werden (Breyer et al. 2001: 179) Vgl. zur Methode der Verknüpfung von RSA-Daten mit Surveyangaben Andersen et al. (2002).

<sup>194</sup> Vgl. hierzu die Ausführungen zur Ausdehnung oder Aufhebung der Versicherungspflichtgrenze.

<sup>195</sup> Die Schutzbedürftigkeit ist offenkundig bei Sozialhilfeempfängern. Diese kann aber auch für Selbständige und für Bezieher von Einkommen oberhalb der VPG unterstellt werden. Für Beamte und Anspruchsberechtigte der Freien Heilfürsorge ist dies ebenfalls der Fall.

### **6.11.1 Versicherungspflicht für Sozialhilfeempfänger**

Nach §5 SGB V besteht keine Versicherungspflicht für Empfänger von Sozialhilfe. Im Falle von bestehenden Vorversicherungszeiten in der GKV kann das Sozialamt Beiträge für eine freiwillige Krankenversicherung übernehmen, jedoch nur soweit sie angemessen sind. Liegt keine Mitgliedschaft in der GKV vor, so wird für Sozialhilfeempfänger die Gesundheitsversorgung im Einzelfall vom Sozialamt im Rahmen der Krankenhilfe (§ 37 BSHG) bewilligt und die Kosten einer Behandlung direkt mit den Leistungserbringern abgerechnet.

Eine Versicherungspflicht für Sozialhilfeempfänger dürfte nur geringe fiskalische Effekte haben.<sup>196</sup> Ausgehend vom offensichtlichen sozialen Schutzbedürfnis und dem Solidarprinzip der GKV wäre eine Versicherungspflicht für Sozialhilfeempfänger, die noch endgültig zu klären ist, zielgerecht.

### **6.11.2 Versicherungspflicht für Selbständige**

Selbständige unterliegen keiner Versicherungspflicht in der GKV, doch besteht die Möglichkeit zu einer freiwilligen Mitgliedschaft.<sup>197</sup> Bei einer Ausweitung der Versicherungspflicht auf Selbständige wären die bestehenden Beitragsregelungen für freiwillig Versicherte mit der Orientierung an dem Leistungsfähigkeitsprinzip anzuwenden. Da Selbständige neben den höchsten Vermögenseinkommen auch die höchste Einkommensposition aller Bevölkerungsgruppen aufweisen (Bedau 1999: 565f.), ist bei einer Ausweitung der Versicherungspflicht mit deutlichen Beitragsmehreinnahmen zu rechnen.<sup>198</sup>

### **6.11.3 Versicherungspflicht für Beamte**

Beamten und ihren Familienangehörigen wird vom Staat im Rahmen der Beihilferegeln bzw. Freien Heilfürsorge besonderer Schutz im Krankheitsfalle gewährt. Daraus

---

berechtigte über die Freie Heilfürsorge gilt aufgrund der staatlichen Fürsorgepflicht ein gesonderter Begründungszwang.

<sup>196</sup> Berechnungen hierzu liegen nicht vor. Im Jahre 1998 lag die Zahl der Bezieher von Krankenhilfe bei etwa 600.000 Personen (BMA 2001). Der VdAK geht davon aus, dass von den derzeit 2,7 Mio. Sozialhilfeempfängern 540.000 nicht in der GKV versichert sind (o.V. 2002).

<sup>197</sup> Nach den Angaben des Mikrozensus aus dem Jahre 1999 sind in Deutschland rund 3,6 Mio. Selbständige tätig. Von den freiwillig versicherten Selbständigen sind rund 49% in der PKV und 51% in der GKV versichert (PKV 2001: 108). Aus den oben genannten Gründen wird hier davon ausgegangen, dass diese Bevölkerungsgruppe ebenso wie generell Bezieher höherer Einkommen heute auch ein Schutzbedürfnis haben, das die Versicherungspflicht legitimiert. Die Ansicht ist jedoch umstritten.

<sup>198</sup> Modellrechnungen einer isolierten Ausweitung der Versicherungspflicht von Selbständigen liegen nicht vor.

kann man im Prinzip ableiten, dass auch für Beamte ein Schutzbedürfnis vorliegt, das die Versicherungspflicht legitimiert.<sup>199</sup>

Nach dem Alimentationsprinzip, welches aus den Grundsätzen des Berufsbeamtentums abgeleitet wird, verpflichtet sich der Gesetzgeber nur, für den Unterhalt des Beamten und seiner Familie zu sorgen. D.h. eine bestimmte Versicherungs- und oder Versorgungsform ist dadurch nicht ableitbar und eine direkte Zuweisung der Beamten zugunsten der PKV ist nicht gerechtfertigt (BVerfG 2001b).<sup>200</sup>

Ausgehend vom Urteil des BVerfG könnte demnach auch die direkte Zuweisung der Beamten zur PKV aufgehoben werden, da der Gesetzgeber nur in ausreichendem Maße Beamte mit Geldmitteln (z.B. in Form des Arbeitgeberbeitrags) versorgen muss, um Krankenversicherungsschutz zu gewährleisten.<sup>201</sup>

Daher wird von verschiedener Seite eine Aufhebung des Sonderstatus für Beamte (Knoche 1998: 21) und eine Versicherungspflicht für Beamte gefordert, und dies insbesondere aus Gründen der Solidarität. „Die starken Anreize für Beamte – als unmittelbarste Staatsdiener –, sich außerhalb der sozialstaatlich getragenen und tragenden Versorgung in der PKV zu versichern, waren und sind eine sozialpolitische Perversion“ (Rosenbrock 1995: 25, vgl. auch Rebscher und Walzik 2001: 48).

Die Einbeziehung von Beamten in die Versicherungspflicht der GKV stößt aber auf Probleme, da die Verträge mit der PKV als eigentumsrechtlich geschützt und dem Bestandsschutz unterliegen. Alternativen würden somit immer nur für Neuverträge gelten. Die Einbeziehung der Beamten in die Pflichtversicherung bringt zudem Probleme mit

---

<sup>199</sup> Seit dem 1.1.1987 besteht quasi eine direkte Zuweisung der Beamten zur PKV (vgl. Gesundheitsreformgesetz). Nach §9 SGB V gehören Beamte nicht zum versicherungsberechtigten Personenkreis, womit kein gesondertes Beitrittsrecht zur GKV besteht. Im Jahre 1999 waren trotz der Zuweisungsregeln zur PKV noch rund 10% aller Beamten in der GKV versichert (PKV 2001: 108).

<sup>200</sup> So sind Beamte auch zum Abschluss einer privaten Pflegeversicherung nach dem Beschluss des Bundesverfassungsgerichts vom 25.9.2001 (2 BvR 2442/94) gesetzlich verpflichtet, da dies nicht den Grundsätzen des Berufsbeamtentums gemäss Art. 33 Abs. 3 Grundgesetz widerspricht.

<sup>201</sup> Das Versorgungsprinzip und die Alimentationspflicht des Staates gegenüber seinen Beamten erscheint derzeit aus verfassungsrechtlichen Gründen unabdingbar, doch könnte sich aufgrund der finanziellen Schieflage des Staatshaushalts und den fortwährend steigenden Belastungen durch die Beamtenversorgung ein Reformbedarf ergeben. Es wäre z.B. zu prüfen, ob – unter Berücksichtigung aller Beihilfezahlungen für Beamte und ihren Familienangehörigen – durch die steigenden Krankenversicherungsprämien in der PKV, nicht eine Versicherung in der GKV für den Staat kostengünstiger wäre. Denn die Gesundheitsausgaben der Beamten werden – in aller Regel berechnet auf der Basis der privatärztlichen Gebührenordnung mit dem 2,3- oder bis zu 3-fachen Gebührensatz – pauschal aus Steuermitteln ohne jegliche Obergrenze (Budgetierung), ohne Wirtschaftlichkeitsprüfungen oder gezielte Maßnahmen der Qualitätssicherung bezuschusst (Jacobs 1996: 66).

sich, da die Interessen der PKV tangiert und dies gegen verschiedene verfassungsrechtliche Grundsätze verstoßen würde (Rebscher und Walzik 2001: 48-49).<sup>202</sup>

Die Einbeziehung von Beamten in die GKV dürfte tendenziell nur geringe fiskalische Effekte zeitigen, da diese aufgrund überdurchschnittlicher, krankheitsbedingter Arbeitsunfähigkeit vermutlich auch überdurchschnittlich hohe Gesundheitsausgaben aufweisen (Rebscher und Walzik 2001: 49). Demgegenüber weisen Beamte nach den Selbständigen die höchsten verfügbaren Einkommen auf (Statistisches Bundesamt 2003a). Letztlich sprechen jedoch nicht allein fiskalische Argumente sondern auch die genannten normative Gründe für eine Ausweitung der Versicherungspflicht auf Beamte.

#### **6.11.4 Einführung einer allgemeinen Pflichtversicherung**

Die Ausweitung der Versicherungspflicht auf weitere Personengruppen zielt letztlich auf eine allgemeine Versicherungspflicht für die gesamte Bevölkerung ab.<sup>203</sup> Da die finanziellen Auswirkungen einer Erkrankung existenzbedrohend sein können und damit Schutzbedürftigkeit vorliegt, sollte der Staat eine allgemeine Versicherungspflicht auch aus Gründen des Marktversagens<sup>204</sup> erwägen.

Mit einer Ausweitung der Versicherungspflicht auf die gesamte Bevölkerung müsste aber auch eine grundsätzliche Änderung der Bemessungsgrundlage verbunden sein. Erwägenswert ist zunächst, die bestehenden Beitragsregelungen der GKV auch auf den erweiterten Versichertenkreis anzuwenden. Doch liegt nach den bereits oben beschriebenen Reformoptionen, vor allem aus Gründen der Beitragsgerechtigkeit, eine grundsätzliche Strukturänderung nahe. Weitere Reformvarianten (Steuerfinanzierung, private Risikoabsicherung, etc.) werden in den folgenden Abschnitten noch dargestellt. An dieser Stelle sollen daher die bestehenden Beitragsregelungen der GKV bzw. einer erweiterten Bemessungsgrundlage geprüft werden.

Es liegen verschiedene Modellrechnungen zur Ausweitung der Versicherungspflicht für das Jahr 1996 vor (Pfaff et al. 1996), wobei separate Analysen für einzelne Personengruppen (Sozialhilfeempfänger, Selbständige, Beamte) nicht durchgeführt wurden. Die

---

<sup>202</sup> Vgl. Artikel 33 [5] GG, Grundsätze des Beamtentums, Artikel 20 [1] GG, Vertrauensschutz der (bisher) privat Versicherten, Artikel 12 [1] GG, Berufs- und Gewerbsfreiheit der PKV Unternehmen. Vgl. auch die Ausführungen zur Anhebung / Aufhebung der Versicherungspflichtgrenze.

<sup>203</sup> Vgl. hierzu: Knoche (1998: 21), Buchholz (2001: 96ff.), Engelen-Kefer (2002: 210), Stiftung Marktwirtschaft (2002: 25).

<sup>204</sup> Vgl. hierzu Kapitel: Zur Notwendigkeit einer Versicherungspflicht.

folgenden Ergebnisse beziehen sich daher auf zusammengefasste Veränderungen der Versicherungspflicht und der Bemessungsgrundlage (vgl. Tabelle 17).

**Tabelle 17: Auswirkungen einer Ausweitung der Versicherungspflicht und Bemessungsgrundlage im Jahre 1996 – Angaben bezogen auf Westdeutschland**

Modell	Bemessungsgrundlage	Veränderung der ...			
		Zahl der Versicherten in Mio.	Einnahmen in Mrd. DM	Ausgaben in Mrd. DM	Beitragssatz in Prozentpunkten
Integration privat Versicherter (Beibehaltung der Sondersysteme für Polizei und Sozialhilfeempfänger)	bestehende Regelungen in der GKV	+ 7,1	+ 29,0	+ 20,4	– 0,54
Versicherungspflicht für gesamte Bevölkerung	bestehende Regelungen in der GKV	+ 10,5	+ 33,2	+ 30,3	– 0,18
	gesamte Arbeitseinkommen und Wegfall der BBG	+ 10,5	+ 57,1	+ 32,1	– 1,37
	Volkseinkommen und Wegfall der BBG	+ 10,5	+ 106,0	+ 32,1	– 3,36
	Volkseinkommen, zusätzliche Beitragsbelastung von Renten bei Wegfall der BBG	+ 10,5	+ 151,5	+ 32,1	– 4,68

Quelle: Pfaff et al. (1996: 57ff.).

Je nach Parameterkonstellation wurde geschätzt, dass im Referenzjahr die Zahl der Versicherten zwischen 7 und rund 10 Mio. Personen und die Beitragsmehreinnahmen in Abhängigkeit von der Bemessungsgrundlage zwischen 29 und 151 Mrd. DM zugenommen hätten. Dem stehen zusätzliche Leistungsausgaben gegenüber. Im Saldo hätte sich der Beitragssatz zwischen 0,18 und bis zu 4,78 Prozentpunkten reduziert.

Bei Einführung einer Versicherungspflicht für die gesamte Bevölkerung, einer Ausdehnung der Bemessungsgrundlage auf das Volkseinkommen und gleichzeitigem Wegfall der BBG liegt der Nettoeffekt darin, dass – trotz anfallender Leistungsmehrausgaben – der Beitragssatz um rund 4,7 Punkte sinkt. Rein rechnerisch zeigen sich hier also Potentiale, die auf eine dauerhaft solide Finanzierungsbasis der GKV hinweisen könnten.<sup>205</sup>

<sup>205</sup> Problematisch ist allerdings die von Pfaff et al. veraltete Datenbasis, die sich nur auf Westdeutschland bezieht und im wesentlichen auf Daten der AOK aus dem Jahre 1981 basiert. Aufgrund der Beschränkung auf Daten der AOK kann eine allgemeine Repräsentativität der Modellergebnisse angezweifelt werden.

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass eine Ausweitung der Versicherungspflicht auf die gesamte Bevölkerung in Kombination mit einer Ausweitung der Bemessungsgrundlage eine deutliche Stärkung der Finanzierungsbasis der GKV mit sich brächte. Die Lohnnebenkosten könnten durch die Ausweitung der Bemessungsgrundlage gesenkt werden, was positive Effekte für den Arbeitsmarkt bedeuten würde. Durch eine allgemeine Versicherungspflicht würde die Beitragsgerechtigkeit gestärkt. Zudem würden die mit der Bevölkerungsalterung verbundenen Kosten angemessener als das im bestehenden System der Fall wäre auf die gesamte Bevölkerung verteilt, was die horizontale Gerechtigkeit erhöhen würde.

Das Äquivalenzprinzip würde durch den weitgehenden Steuercharakter einer erweiterten Bemessungsgrundlage dagegen eingehend geschwächt. Problematisch ist aber die verfassungsrechtlich geschützte Position der PKV und ihrer Versicherten. Der PKV stände demnach nur noch das Zusatzversicherungsgeschäft offen. Ist das gesundheitspolitische Ziel aber eine Krankenversicherung mit gleichem Zugang zu solidarisch finanzierten Gesundheitsleistungen, die allgemeine Versorgungsgerechtigkeit gewährleistet, so sollten die verfassungsrechtlichen Hürden einer Integration der bisher privat krankenversicherten Bevölkerung zu meistern sein.

## **6.12 Bürgerversicherung**

Eine Reformalternative, die versucht, einzelne der oben genannten Reformmaßnahmen in einem Modell zu verbinden, stellt die von der "Kommission für die Nachhaltigkeit in der Finanzierung der sozialen Sicherungssysteme" (Rürup-Kommission) sogenannte "Bürgerversicherung" dar (BMGS 2003c). Vorrangiges Ziel ist es, die Finanzierung der GKV dauerhaft zu stabilisieren und die Lohnnebenkosten zu senken, wobei als Kernbestandteile eine allgemeine Versicherungspflicht für die Gesamtbevölkerung, die Anhebung der BBG auf das Niveau der in der GRV geltenden Grenze und eine Ausweitung der Bemessungsgrundlage Anwendung finden.

Gemäß den Ergebnissen der Rürup-Kommission wäre bei Umsetzung dieser Reform eine Senkung des GKV-Beitragssatzes von bis zu 2 Prozentpunkten zu erwarten (BMGS 2003c: 159), wobei Durchschnittshaushalte mit einem jährlichen Haushaltsbruttoein-



kommen von bis zu 35.000 € tendenziell entlastet würden.<sup>206</sup> Im Gegensatz dazu werden höhere Einkommen deutlich stärker belastet. Ein Indikator, der vor allem unter dem Aspekt der Beschäftigungswirkung bedeutsam ist, ist die Grenzbelastung.<sup>207</sup> Bei einem Bruttoeinkommen von rund 5000 € pro Monat würde bei der Bürgerversicherung eine Grenzbelastung von über 70% erreicht, d.h. auf jeden zusätzlichen Euro wären mehr als 70 Cent zusätzliche Abgaben zu entrichten (BMGS 2003c: E35). Grenzbelastungen dieser Größenordnungen dürften starke negative Beschäftigungseffekte nach sich ziehen, da der Anreiz sinkt, zusätzliche Einkommen zu erzielen.

Neben den bereits oben diskutierten Vor- und Nachteilen einer allgemeinen Versicherungspflicht und der Ausweitung der Bemessungsgrundlage, ist bei der Bürgerversicherung zu bedenken, dass die Grenzabgabenbelastung deutlich höher als im Status Quo liegen würde und dadurch negative Beschäftigungseffekte zu erwarten sind.

## **6.13 Vollständige Privatisierung des Krankenversicherungsschutzes**

Eine unter dem Stichwort "Systemwechsel" firmierende Reformalternative besteht in der vollständigen Privatisierung des Krankenversicherungsschutzes, also in einer streng marktwirtschaftlichen Lösung. Auf Grundlage modelltheoretischer Betrachtungen stellt die private Pflichtversicherung eine unter bestimmten Bedingungen wohlfahrtsoptimale Finanzierungsform dar. "Sie harmoniert am besten mit den Grundsätzen einer marktwirtschaftlichen Koordination, da die Prämienzahlung im Sinne der individuellen Äquivalenz einen Preis für die Risikoübernahme darstellt. Risikoäquivalente Versicherungsprämien, die sich nach dem individuellen Risiko und Gesundheitsverhalten des Versicherten richten, sind dann die Kosten für den Versicherungsschutz im Krankheitsfall" (SVRKaiG 1995: 163).

Neben dem SVRKaiG (1995: 48) plädiert auch der SVR wiederholt in seinen Jahrgutachten (1992 Ziffer: 388, 1996: Ziffer 440 und 2000: Ziffer 475) für die Einführung eines Systems des privaten Krankenversicherungsschutzes.<sup>208</sup> Dieser schlägt eine

---

<sup>206</sup> Schröder et al. (2004: 9) berechnen dagegen nur eine Entlastung von einem Beitragssatzpunkt.

<sup>207</sup> Diese drückt aus, wie viel von einem zusätzlich verdienten Euro nach Abzug von Steuern und Sozialabgaben netto verbleibt.

<sup>208</sup> Vgl. auch Henke (1991: 152f.), Zweifel et al. (1996: 116), Knappe und Hörter (2001: 320), Stiftung Marktwirtschaft (2002: 25).

Pflichtversicherung für die gesamte Bevölkerung in Form einer Basisversorgung vor. Risikoäquivalent kalkulierte Beiträge sollten nur nach Alter und Geschlecht differenziert werden. Eine Differenzierung nach der Erkrankungswahrscheinlichkeit auf Grundlage bestehender Vorerkrankungen – wie derzeit in der PKV praktiziert – wäre ebenso möglich.<sup>209</sup> Über die Mindestversicherung hinausgehende Leistungen wären in Form von Wahlтарifen frei wählbar.

Alternativ könnten die Prämien auch in Form kurzperiodiger Risikoprämien kalkuliert werden. Bei der kurzperiodigen Risikoprämie, auch springende Prämie genannt, werden die Versicherten in Kohorten zusammengefasst, die einen Beitrag entrichten, der genau ausreicht, die zu erwartenden Leistungsausgaben dieser Kohorte in der entsprechenden Periode zu decken. Mit dem Wechsel in eine ältere Kohorte „springt“ entsprechend die Prämie an (Wasem 1996: 132).<sup>210</sup>

Mit einer rein privatwirtschaftlich organisierten Krankenversicherung könnte sich der freie Wettbewerb auf dem Krankenversicherungsmarkt entfalten. Die Versicherungspflicht wäre vom Erwerbsstatus unabhängig und das Einkommen aus abhängiger Beschäftigung nicht mehr die alleinige primäre Bemessungsgrundlage, was zu einer Entlastung des Faktors Arbeit führen würde. Bemessungsgrundlage ist die alleinige versicherungstechnische Risikoäquivalenz. Familienmitglieder wären nicht mehr "mitversichert" sondern selbst versicherungspflichtig.

Die zentrale Problematik eines solchen Modells besteht aber in einer möglichen finanziellen Überforderung der Versicherten. Wenn die anerkannte Aufgabe der Krankenversicherung darin besteht, eine bedarfsgerechte Versorgung der Gesamtbevölkerung zu gewähren, ist ein sozialer Ausgleich notwendig. Dieser könnte z.B. in Form einer einkommensteuerfinanzierten Prämienvergünstigung durchgeführt werden.<sup>211</sup> Es kann aber angezweifelt werden, ob durch eine einkommensteuerliche Prämiensubvention die Prämienbelastung nachhaltig begrenzt werden kann, da insbesondere Ältere sehr hohe

---

<sup>209</sup> Wenn in der Beitragskalkulation allerdings nur nach dem Alter und dem Geschlecht differenziert würde, müssten Versicherer auf gentechnologischen Verfahren zur Differenzierung der Versichertenpopulation verzichten (so z.B. SVR 2000: Ziffer 478).

<sup>210</sup> Dieses Modell könnte sich an den alters- und geschlechtsstandardisierten Leistungsausgaben aus dem Risikostrukturausgleich der GKV orientieren. Problematisch ist hierbei, dass es mit zunehmenden Alter zu überproportional mit dem Alter steigenden Leistungsausgaben kommt, die zu erheblichen finanziellen Belastungen der Versicherten führen würde. Im europäischen Ausland wird das Verfahren der kurzperiodigen Risikoprämien im Bereich der Zusatzversicherungen angewendet.

<sup>211</sup> Vgl. SVR (1992: Ziffer 388), SVRKAiG (1995: 163), Zweifel und Breuer (2002: 43).

risikoäquivalente Prämien zu entrichten hätten, diese aber häufig kaum steuerrelevante Einkommen aufweisen (vgl. Grabka et al. 2003: 194).<sup>212</sup>

Insgesamt besteht der Vorteil dieser Option in einer Intensivierung des Leistungswettbewerbs zwischen den Krankenversicherungen, der zu zusätzlichen Effizienzgewinnen führen dürfte. Als allokativer Vorteil ist zu nennen, dass kein Risikostrukturausgleich zwischen den Versicherungen notwendig ist, da eine Jagd nach guten Risiken aufgrund der risikoäquivalenter Beitragskalkulation obsolet würde (Zweifel und Breuer 2002: 33). Es käme zu insgesamt höherer Beitragsgerechtigkeit, da die Beiträge primär vom Risiko abhängen. Es können idealtypisch Versicherungsverträge angeboten werden, die den Präferenzen der Versicherten gerecht werden. Durch eine Absicherung auf Basis einer Mindestsicherung wird die Eigenverantwortung der Versicherten gestärkt. Es findet eine Trennung zwischen den reinen Versicherungsaufgaben und den distributiven Aufgaben statt. Der Risikoausgleich beschränkt sich allein auf die Versicherungsfunktion. Alle distributiven Funktionen würden an das Steuer- und Transfersystem übertragen (SVRKaIG 1995: 163).

Ein weiterer Vorteil einer allgemeinen Privatversicherung besteht in der Kompatibilität mit einem geöffneten europäischen Markt. Im europäischen, liberalisierten Wirtschaftsraum wäre eine private Krankenversicherung den Marktbedingungen besser gewachsen als das bestehende GKV-System.<sup>213</sup>

Im internationalen Vergleich zeigt sich aber, dass eine rein private Krankenversicherung sich bisher nicht durchgesetzt hat. Nur in den USA gibt es einen weitgehend privaten Krankenversicherungsmarkt, in dem aber keine Bedarfsgerechtigkeit gilt (Böcken et al. 2000: 154). Eine rein privatwirtschaftliche Lösung würde zweifellos zu sozialen Härten führen, die kaum hinnehmbar wären. Durch eine gleichzeitige Einführung eines sozialen

---

<sup>212</sup> Auch andere Gruppen, die von steuerlichen Entlastungen nicht profitieren können – bspw. Personen mit sehr geringen Einkommen – würden steuerliche Lösungen nicht helfen. Es bedarf daher anderer Formen des sozialen Ausgleichs.

<sup>213</sup> Die Einführung einer rein privaten Absicherung im Krankheitsfalle hätte zudem den Vorteil, dass eine Zusammenlegung von bisher getrennten Versicherungssparten (Rente, Unfall, Pflege, Krankheit) attraktiv wird. "Hierdurch werden den Versicherern bei schwach oder gar negativ korrelierten Risiken zusätzliche Diversifikationsmöglichkeiten eröffnet, die sich auch zugunsten der Versicherten auswirken. So könnte ein Versicherungsvertrag, der Altersrente und Krankenversicherung miteinander koppelt, einem chronisch Kranken eine Reduktion der Gesamtprämie ermöglichen. Auf diese Weise ergibt sich ein breites Spektrum an Produktinnovationsmöglichkeiten" (Zweifel und Breuer 2002: 35).

Ausgleichs, könnte dieser wesentliche Mängel eines rein privatwirtschaftlichen Versicherungssystems ausgeräumt werden.<sup>214</sup>

## 6.14 Pauschalprämienmodelle

Eine in den letzten Jahren populär gewordene Reformalternative ist die Finanzierung der Krankenversicherung durch Pauschalprämien (auch "Kopfbeitrag" genannt). Aufgrund der Erfahrungen in der Schweiz, die seit dem 1.1.1996 durch das Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) Pauschalprämien eingeführt hat, wird diese Finanzierungsform auch für die deutsche Krankenversicherung thematisiert.<sup>215</sup>

Bei einer Pauschalprämie wird innerhalb einer Region und einer Versicherung ein für alle Versicherte gleicher, insgesamt ausgabendeckender Beitrag für die Krankenversicherung erhoben. Die Bemessung des Beitrages erfolgt also unabhängig vom persönlichen Krankheitsrisiko und weiteren individuellen Merkmalen. Damit wird ein hohes Maß an Beitragsgerechtigkeit erzielt. Die eigentliche Solidarfunktion des Ausgleichs zwischen Gesunden und Kranken bleibt durch die Finanzierung von Pauschalprämien weiterhin gewahrt.<sup>216</sup>

So ist die Bemessungsgrundlage auch nicht mehr an das Erwerbseinkommen gebunden. Die Versicherten müssten die Prämie aus ihrem gesamten steuerpflichtigen Einkommen zahlen. Die tatsächliche finanzielle Leistungsfähigkeit wird somit maßgebend. Damit würden die Beitragsgrundlagen langfristig stabilisiert (vgl. SVR 2002: Ziffer 483). Es käme zur Entlastung des Faktors Arbeit; ein eigenständiger Arbeitgeberanteil zur Krankenversicherung würde obsolet.<sup>217</sup>

Mit der Einführung von Pauschalprämien wären auch weitere Rahmenbedingungen verbunden. Hierzu zählen eine Pflichtversicherung für die gesamte Wohnbevölkerung, freie Wahl der Krankenkasse, Kontrahierungszwang auf Seiten der Versicherungen und

---

<sup>214</sup> Simulationen zu den Auswirkungen einer Umstellung der Krankenversicherung auf ein rein marktwirtschaftliches Modell mit risikoabhängigen Prämien liegen jedoch nicht vor.

<sup>215</sup> Vgl. Breyer (1997a: 301), Schadendorf (1998: 731), Möschel (2000: 369), BDA (2001: 20), Buchholz et al. 2001, Knappe und Hörter 2001, Pimpertz (2001: 278), SVR (2002: 285ff.), BMGS 2003c.

<sup>216</sup> Gerlinger (2003: 27) spricht sogar davon, dass es im Gefolge des KVG in der Schweiz zu einer Stärkung des Solidargedankens gekommen sei.

eine obligatorische Basisversorgung mit der Option, Zusatzleistungen über private Zusatzversicherungen abzusichern. Mit Pauschalprämien könnten zusätzlich anreizkompatible Selbstbeteiligungssysteme und neue Versicherungsformen (Hausarztmodell, Managed Care, HMO's, Bonustarife, etc.) leichter eingeführt werden.

Der zentrale Vorteil eines Systems der Finanzierung durch Pauschalprämien wird deshalb in einer Stärkung des Wettbewerbs um eine effizientere und effektivere Gesundheitsversorgung durch die gleichzeitige Gewährung von Vertragsfreiheit auf Seiten der Versicherungen z.B. durch selektives Kontrahieren oder von neuen Versorgungsmodellen gesehen (vgl. Buchholz et al. 2001: 11f.). Die Pauschalprämie kann regional und zwischen verschiedenen Versicherungen differieren und erhält dann die Funktion eines Marktinstrumentes. Kostenvorteile einer effizienteren Organisation der Gesundheitsversorgung könnten dann direkt prämienvirksam werden.

Die Finanzierung durch Pauschalprämien gewährleistet ein einfaches und sehr transparentes System, wobei die Transaktionskosten im Vergleich zur derzeitigen GKV tendenziell niedriger wären. Nicht intendierte Verteilungseffekte entfallen, da Versicherungs- und Verteilungsaufgaben voneinander getrennt werden. Ein Solidarausgleich findet über das Steuer-Transfer-System statt. Die Grenzbelastung der Nettozahler könnte sich verringern, da (Einkommens-)Umverteilung zielgenauer durchgeführt werden kann (BMGS 2003c: 148) und das gesamte Umverteilungsvolumen geringer als in der derzeitigen GKV ausfallen dürfte (vgl. Buchholz 2001: 101). Damit verbunden ist auch, dass insgesamt mit positiven Beschäftigungseffekten zu rechnen ist, da zum Einen die Mehrheit der Bevölkerung durch Pauschalprämien entlastet würde und zum Anderen die Grenzabgabenbelastung mittlerer und höherer Einkommensgruppen im Vergleich zum Status Quo sinken würde (BMGS 2003c: E33ff., SVR 2003: 311).<sup>218</sup>

Weitere Vorteile in Hinsicht auf die Umsetzbarkeit von Pauschalprämien liegen darin, dass die gesetzlichen und privaten Krankenkassen bestehen bleiben könnten und die Finanzierung durch Pauschalprämien mit einem offenen EU-Wirtschaftsraum kompati-

---

<sup>217</sup> Breyer (2003: 9) weist daraufhin, dass auch bei Pauschalprämienmodellen eine Bezugnahme auf das Einkommen des Versicherten und eine implizite BBG existiert. Der Hauptunterschied bestehe in der jeweiligen Bemessungsgrundlage.

<sup>218</sup> Von einem Bruttohaushaltseinkommen von 30.000 € anwirken Pauschalprämien entlastend. Rund 56% aller Haushalte hatten ein Einkommen über dieser Grenze (SVR 2003: Ziffer 313). Negative Arbeitsanreize bestehen für niedrige Einkommensgruppen, wenn eine maximale Prämienbelastung bei einem sozialen Ausgleich zugelassen wird. Bei Transferbezug bestünde für Personen, die knapp unterhalb einer definier-

bel wäre. Es ist insgesamt eine höhere Akzeptanz des Krankenversicherungssystems erwartbar, da eine individuelle Vertragsgestaltung und das Angebot von Zusatzversicherungen den Präferenzen der Versicherten entgegenkommt.<sup>219</sup>

Gegenüber einer vermeintlich fehlenden Äquivalenz zwischen Pauschalprämie und empfangener Leistung kann argumentiert werden, dass die Wahrscheinlichkeit für eine schwere Erkrankung ex ante nicht bekannt ist, und jeder Versicherte potentiell davon betroffen sein kann. Die Pauschalprämie entspricht damit dem Gegenwert aller Leistungen bei Eintritt einer Erkrankung.

Die Schweiz hat seit 1996 Erfahrungen mit der Finanzierung durch Pauschalprämien.<sup>220</sup> Der Durchschnittsbeitrag für die obligatorische Krankenpflege-Grundversicherung (mit Unfallversicherung) lag im Jahre 2000 bei rund 212 SFr/Monat für Erwachsene, bei 135 SFr/Monat für Erwachsene in Ausbildung im Alter von 19-25 Jahre und für Kinder bis zu einem Alter von 18 Jahren bei durchschnittlich 55 SFr/Monat (BSV 2002) (Abbildung 4). Ein Drittel der Schweizer Bevölkerung (2,4 Mio.) erhielt im Jahr 2000 eine Prämienverbilligung. Das Volumen des sozialen Ausgleichs belief sich auf insgesamt 2,5 Mrd. SFr. (BSV 2001: 18). Die Prämienzuschüsse machen damit rund 15% der gesamten Ausgaben in der Krankenpflege-Grundversicherung aus (Sommer 1999: 168-169).<sup>221</sup>

Wesentlich für die Umsetzung eines Pauschalprämienmodells ist die Einführung eines sozialen Ausgleichsmechanismus, damit eine finanzielle Überforderung einkommensschwacher Gruppen vermieden wird.<sup>222</sup> Der soziale Ausgleich kann ein erhebliches Volumen annehmen. Die sogenannte Rürup-Kommission weist ein Transferbedarf je nach Variante für die bisher GKV-Versicherten zwischen 22,6 und 28,4 Mrd. Euro aus

---

ten Ausgleichsgrenze liegen, kein Anreiz unverändert Nettoeinkommen in Höhe der Ausgleichsgrenze zu erzielen (Pimpertz 2001: 86).

<sup>219</sup> Vgl. zu den Vorzügen eines Pauschalprämienmodells: Breyer et al (2001: 167), Knappe und Arnold (2002: 16ff.), Wagner (2003: 94). Eine kritische Auseinandersetzung der Vor- und Nachteile liefern Pfaff et al. (2003) und Jacobs et al. (2003).

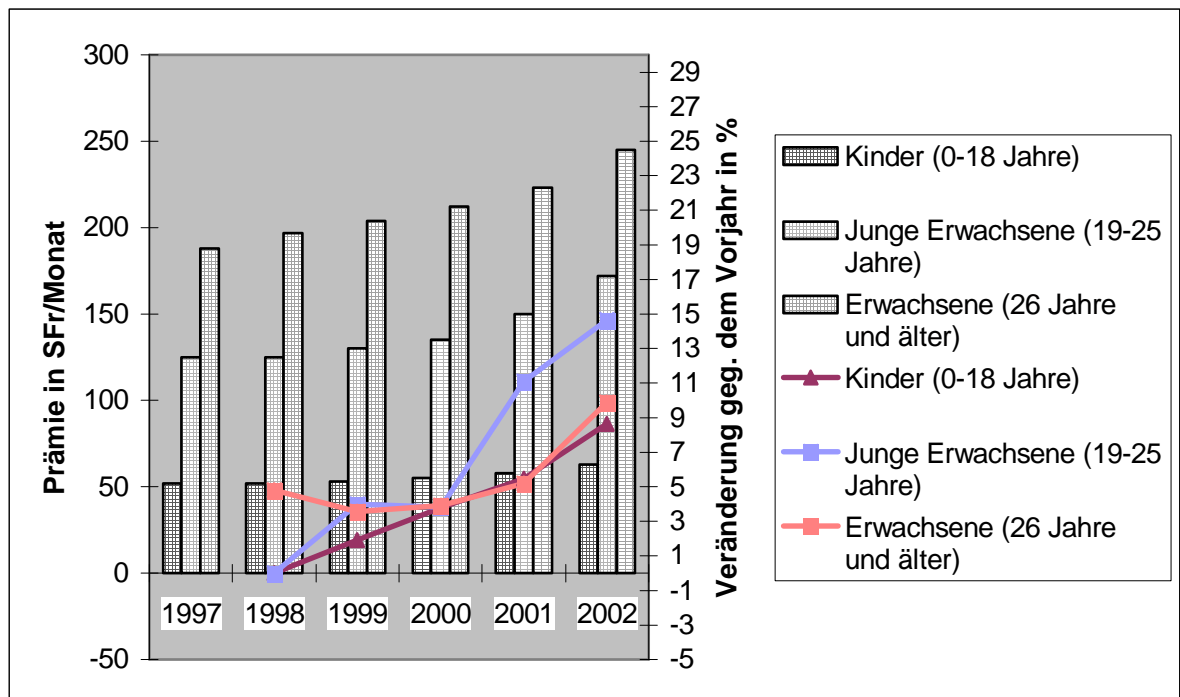
<sup>220</sup> Eine kritische Auseinandersetzung zur Entwicklung der Schweizer Krankenversicherung seit 1996 gibt Gerlinger (2003).

<sup>221</sup> Je nach Kanton sind bis zu 63% der Bevölkerung zuschussberechtigt (SVR 2000: 395). Betrachtet man die Entwicklung der Durchschnittsprämien seit 1997, so fällt auf, dass die erhoffte Dämpfung des Kostenanstiegs im Schweizer Gesundheitswesen durch die Einführung von Kopfpauschalen und deren Rahmenbedingungen nicht eingetreten ist. Die Entwicklung steht jedoch weiterhin am Anfang, da z.B. die Wahl neuer Versorgungsmodelle in der Schweiz erst zaghaft wahrgenommen wird (BSV 1998).

<sup>222</sup> Problematisch ist ein zusätzlicher bürokratischer Aufwand zur Prüfung der sozialen Bedürftigkeit.

(BMGS 2003c: 172).<sup>223</sup> Damit besteht aber auch die Gefahr, dass im Interesse der Net-zahler das Niveau der Mindestversorgung möglichst niedrig angelegt wird und weitere Leistungen über individuelle Zusatzversicherungen abgedeckt werden. Zudem besteht die Notwendigkeit eines Risikostrukturausgleichs zwischen den Krankenkassen, um "Rosinenpicken" um gute Risiken (cream skinning) und nicht intendierte Wettbe-werbsvorteile zu vermeiden.

Abbildung 4: Entwicklung der monatlichen Durchschnittsprämie für Erwachsene und Kinder in der Schweiz 1997-2002



Quelle: BSV 2002: Statistik über die Krankenversicherung 2000, S.15.

Zur Gegenfinanzierung des sozialen Ausgleichs könnte der bisherige Arbeitgeberbeitrag in der GKV ausbezahlt und versteuert werden (Knappe und Arnold 2002: 18).<sup>224</sup> Das zusätzliche Steuervolumen würde rd. 17,1 Mrd. Euro ausmachen.<sup>225</sup> Per Saldo ergäbe sich nur eine geringe zusätzliche Belastung des Staatshaushaltes.

<sup>223</sup> Knappe und Arnold (2002: 18) berechnen ein Ausgleichsvolumen von rund 21 Mrd. Euro. Zur Bestimmung des Transferbedarfs schlagen diese ein Modell auf Grundlage äquivalenzgewichteter verfügbarer Haushaltseinkommen vor. Unter der Annahme einer linear sinkenden Prämienbelastung für niedrige Einkommensgruppen, erhalten Personen mit einem Einkommen unterhalb von 620 Euro einen maximalen Zuschuss zur Pauschalprämie. Dieser Zuschuss wird bis zu einem Äquivalenzeinkommen von 1280 Euro linear auf Null abgesenkt. Dies ist die Grenze des 33. Perzentils, d.h. das unterste Drittel der Einkommensbezieher erhält einen Beitragszuschuss zur Pauschalprämie.

<sup>224</sup> Der SVR (2003: 322) schlägt eine andere Alternative vor, in der die Finanzierung des sozialen Ausgleichs in der GKV verbleibt und eine einkommensproportionale "Krankenversicherungssteuer" neben der Pauschalprämie erhoben wird.

<sup>225</sup> Nach Angaben der Rürup-Kommission läge das zusätzliche Steuervolumen bei rund 18,6 Mrd. Euro.

Eine maßvolle Reduktion des bestehenden Leistungskatalogs der GKV würde den gesamten Transferbedarf minimieren. Ein Zurückgreifen auf die vielfältigen Vorschläge einer Leistungsbegrenzung könnte die Finanzierung des sozialen Ausgleichs vereinfachen.<sup>226</sup>

Die Befürworter eines Pauschalprämienmodells sehen vor allem einen steuerfinanzierten sozialen Ausgleich als wichtigen Bestandteil dieser Reformalternative an. Ein solcher sozialer Ausgleich hat jedoch eigene, dem deutschen Steuerrecht immanente Probleme. Mit steigendem Einkommen nehmen die legalen Steuervermeidungsmöglichkeiten und Steuerprivilegien zu, womit die Gruppe mit der höchsten Leistungsfähigkeit ihren Beitrag zur Finanzierung des sozialen Ausgleichs verringern kann. Die erhoffte höhere Zielgenauigkeit des sozialen Transfers wird damit eingeschränkt. Breyer schlägt daher vor, die Einführung eines Pauschalprämienmodells mit einer Revision des Steuerrechts zu kombinieren, wobei er insbesondere für Familien mit Kindern einen erhöhten steuerlichen Grundfreibetrag favorisiert (Breyer 2003b: 2).

Die Akzeptanz, Praktikabilität und Umsetzbarkeit eines Pauschalprämienmodells hängt im wesentlichen von der Lösung des Finanzierungsproblems des sozialen Ausgleichs und der grundsätzlichen Anerkennung einer anderen Form der Solidarität einer Krankenversicherung ab (vgl. SVR 2002: Ziffer 522). Kann der Bevölkerung vermittelt werden, dass die bisherige Solidarität des Einkommens- und Generationenausgleichs nicht Hauptaufgabe einer solidarischen Krankenversicherung ist, und die bisherige Form der Solidarität in der GKV wenig zielgerichtet war (vgl. Lutz und Schneider 1998), wäre ein Wechsel zu einem Pauschalprämienmodell erleichtert. Hilfreich ist in dem Zusammenhang, dass eine Mehrheit der Bevölkerung durch ein Pauschalprämienmodell entlastet wird und dass zudem positive Beschäftigungseffekte zu erwarten sind, da die Grenzabgabenbelastung im Vergleich zum Status Quo insgesamt sinken würde (vgl. BMGS 2003c: E33ff.).<sup>227</sup> Letztlich sind mit der Einführung eines Pauschalprämienmodells

---

<sup>226</sup> Vgl. wiederholt der SVRKAiG, SVR oder Beske 2002. Auch ein Familienlastenausgleich könnte weiterhin in der Krankenversicherung verbleiben, wenn die Ausgaben für Kindern über alle Versicherten gleichmäßig verteilt getragen werden (Breyer 1997a).

<sup>227</sup> So zeigt der SVR (2003: 317) in einer Modellrechnung, dass mit einer Beschäftigungszunahme zwischen 2,4% und 3,6% bei einem Pauschalprämienmodell zu rechnen ist. Im Gegensatz dazu nähme bei der Bürgerversicherung die Beschäftigung um bis zu 3% ab.



Anreize verbunden, die eine präferenzengerechtere, effizientere und effektivere Gesundheitsversorgung der Gesamtbevölkerung ermöglicht.

## **6.15 Ergänzende Steuerfinanzierung und Gesundheitsabgaben**

Ausgangspunkt für die Forderung einer zusätzlichen Steuerfinanzierung in der GKV, ist die hohe Belastung durch sogenannte versicherungsfremde Leistungen, denen nur ein vergleichsweise geringer Bundeszuschuss gegenüber steht. Ein höherer staatlicher Zuschuss könnte die Finanzierung solcher, von der GKV aus sozial- und familienpolitischen Gründen übernommenen Lasten erleichtern.<sup>228</sup>

### **6.15.1 Entlastung der GKV von versicherungsfremden Leistungen**

Als versicherungsfremde oder Fremdleistungen werden im engeren Sinne diejenigen Leistungen definiert, die der Staat der GKV aus gesellschafts-, sozial- und/oder familienpolitischen Gründen übertragen hat, ohne gleichzeitig die damit verbundenen Kosten zu übernehmen (Beske 1997: 20).<sup>229230</sup> Zur Finanzierung staatlicher Transferprogramme sollten aber nach weit verbreiteter Meinung alle Bürger beteiligt werden (vgl. Breyer 1997b: 213 oder SVR 1996: 225).

Der SVRKAiG hat in seinen Gutachten aus den Jahren 1995 und 2003 empfohlen versicherungsfremde Leistungen im engeren Sinne aus dem Aufgabenbereich der GKV herauszunehmen.<sup>231</sup> Zu den Fremdleistungen im weiteren Sinne gehören die abgesenkte Bemessungsgrundlage für den Krankenversicherungsbeitrag der Arbeitslosen<sup>232</sup> und nicht versicherungsadäquate Beiträge, vor allem bei der Familienmitversicherung (versicherungsfremde Leistungen auf der Einnahmenseite)<sup>233</sup>. Insbesondere für die beitrags-

---

<sup>228</sup> „Die Entlastung der gesetzlichen Krankenversicherung von Fremdleistungen wäre, wenn es denn gelänge, ein wesentlicher Schritt zur finanziellen Absicherung der GKV“ (Beske 1997: 22).

<sup>229</sup> Die Ausgrenzung versicherungsfremder Leistungen wird auch unter dem Stichwort Stärkung des Versicherungsprinzips diskutiert (SVR 2000: Ziffer 484). Kollektive Risiken seien nur dann versicherbar, wenn die entsprechenden Risiken zufällig auftreten, von den Versicherten nicht beeinflusst werden können, und das Versichertenkollektiv in gleicher Weise, d.h. mit gleich hoher Wahrscheinlichkeit trifft.

<sup>230</sup> Zu diesen Leistungen zählen u.a. das Mutterschafts- und Entbindungsgeld, das Krankengeld bei Erkrankung des Kindes, die beitragsfreie Versicherung bei Mutterschaftsurlaub, die Versorgung der Versicherten bis zum vollendeten 20. Lebensjahr mit empfängnisverhütenden Mitteln, medizinische Maßnahmen zur Herbeiführung einer Schwangerschaft und das Sterbegeld.

<sup>231</sup> Diese bezifferten sich im Jahre 1995 auf rund 4 Mrd. DM (SVRKAiG 1995: 64).

<sup>232</sup> Diese führt allein zu Mindereinnahmen von rund 40 Mrd. DM jährlich (Bäcker et al. 2000: 130).

<sup>233</sup> Sozialpolitisch motivierte reduzierte Beiträge bestehen für weitere Personengruppen, wie z.B. für Personen während des Erziehungsurlaubs, Studierende und Praktikanten, Personen in Einrichtungen der

freie Versicherung von Kindern sprechen allerdings sozial- als auch familienpolitische Argumente, die somit als staatliche Aufgabe zu finanzieren ist (SVR 1996: Ziffer 431). Die versicherungsfremden Leistungen im engeren und weiteren Sinne in der GKV haben insgesamt ein erhebliches Volumen. Dieses belief sich Mitte der 90er Jahre auf rund 128 Mrd. DM (vgl. Übersicht 5).

Übersicht 5: Fremdleistungen in der GKV 1994, 1995 und 1997, in Mrd. DM

• Ausgaben für Fremdleistungen im engeren Sinne	3,9
• Beitragsfreiheit im Erziehungsurlaub, Beitragsverluste	3,2
• Mutterschaftsgeld (1994)	1,3
• Sterbegeld (1994)	1,6
• Anhebung der Beitragsbemessungsgrundlage der Beiträge zur Renten- und Arbeitslosenversicherung durch die Rentenreform 1992 (1995)	1,0
• Absenkung der Bemessungsgrundlage von Lohnersatzleistungsempfängern (1995)	4,5
• Nicht bezifferbare Ausgaben für Fremdleistungen im engeren Sinne, wie künstliche Befruchtung, hauswirtschaftliche Versorgung, Entbindungshilfe	-, -
• beitragsfreie Mitversicherung nicht erwerbstätiger Familienmitglieder	rd. 60
• Solidartransfer von aktiv Versicherten an die KVdR	rd. 56
• insgesamt Fremdleistungen im engeren und weiteren Sinne	rd. 128

Quellen: Eigene Darstellung nach den Angaben von Beske 1997, Beske und Kern 2000.

### 6.15.2 Erhöhung des Bundeszuschusses zur GKV

Im Jahre 1999 machte der Anteil des Bundeszuschusses in der GKV in Form von öffentlichen Zuweisungen rund 2,3 Mrd. DM aus (Statistisches Bundesamt 2001: 466). Dies entspricht weniger als 0,9% der gesamten Einnahmen der GKV. Im Vergleich hierzu machte im selben Jahr der Anteil der Zuweisungen aus öffentlichen Mitteln an die GRV rund 25,7% (oder 106,8 Mrd. DM) aus.<sup>234</sup> In der Knappschaftlichen Rentenversicherung beträgt der Anteil von Zuweisungen aus öffentlichen Mitteln sogar mehr als 50% der gesamten Einnahmen (14,3 Mrd. DM).<sup>235</sup>

In Anbetracht der vielfältigen versicherungsfremden Aufgaben, die vom Gesetzgeber an die GKV delegiert wurden, wäre eine Ausweitung der Zuwendungen aus öffentlichen

---

Jugendhilfe und im Strafvollzug, Teilnehmer berufsfördernder Maßnahmen, Leistungsbezieher nach dem Arbeitsförderungsgesetz und Härtefälle (vgl. SVRKAiG 2003a: Ziffer 120). So bleibt während des Erziehungsurlaubs bzw. der Inanspruchnahme von Erziehungsgeld die Mitgliedschaft in der GKV beitragsfrei erhalten (§192bAbs. 1 Nr. 2 SGB V). Auch die Härtefallregelung (§61 SGB V), die als Solidarausgleich zwischen Armen und Reichen verstanden werden kann, ist als eine versicherungsfremde Leistung anzusehen, die durch Bundeszuschüsse finanziert werden könnte.

<sup>234</sup> Die erfolgreiche fiskalische Wirkung einer stärkeren finanziellen Beteiligung des Bundes an der Finanzierung der Sozialversicherung ist durch die Ökosteuer belegt, da der Beitragssatz zur GRV um 0,8 Prozentpunkte in 1999 gesenkt werden konnte (Ostertag 2000: 156).

<sup>235</sup> Selbst in der gesetzlichen Unfallversicherung beläuft sich dieser Einnahmeanteil auf 3,4%.

Mitteln gerechtfertigt.<sup>236</sup> Die bisher geringe Staatsquote an der Finanzierung der GKV könnte über Mittelzuwendungen aus allgemeinen Deckungsmitteln oder durch eine gezielte Erhöhung von Konsumsteuern (MWSt, Ökosteuer, etc.) erzielt werden.<sup>237</sup>

So ist die Mehrwertsteuer hinsichtlich ihrer fiskalischen Ergiebigkeit und dem geringen zusätzlichen administrativen Aufwand eine attraktive Option zur ergänzenden Finanzierung von Gesundheitsleistungen. Eine Mehrwertsteuererhöhung wird beschäftigungspolitisch als wenig schädlich eingestuft, da deren Auswirkungen auf die Investitionsneigung gering eingeschätzt werden und sich diese vorwiegend nur auf den privaten Konsum beziehen (SVRKaiG 1998: Ziffer 540ff., Klose und Schellschmidt 2001: 14).<sup>238</sup> Der positive Nebeneffekt der zusätzlichen Finanzierung mit Bundesmitteln besteht in der Entlastung des Faktors Arbeit durch sinkende Sozialversicherungsbeiträge.

Gegen zusätzliche Bundeszuschüsse zur Finanzierung der Krankenversicherung spricht die Zweckbindung öffentlicher Mittel, die haushaltsrechtlich nicht erlaubt ist (Prinzip der Non-Affektation) (SVRKaiG 1994: 229).<sup>239</sup> Problematisch wäre zudem die Gefahr einer verstärkten politischen Einflussnahme und ein Zurückdrängen der bestehenden Selbstverwaltung in der GKV. Damit würde die GKV in zunehmende Abhängigkeit von der Finanzlage der öffentlichen Haushalte und eventueller Präferenzenverschiebungen der Politik zuungunsten der Gesundheitsversorgung geraten. So wäre eine konstante zielgerichtete Gesundheitspolitik durch ein Mehr an Bundeszuschüssen erschwert. Bestehende Strukturmängel in der GKV blieben weiter bestehen.<sup>240</sup> Wille (1998a: 20) gibt zudem zu bedenken, dass sich eine zusätzliche Steuerfinanzierung konjunkturbelastend auswirken könne; auch erhoffte Beschäftigungszuwächse, z.B. durch die Ökosteuer sind als eher gering einzuschätzen (vgl. SVRKaiG 1998: Ziffer 539). Insgesamt wäre

---

<sup>236</sup> Der Bundesrechnungshof fordert jedoch genau die gegenteilige Entwicklung. So wird im Bericht des Bundesrechnungshofs (BRH) vom 28.05.1999 (BT-Drs. 14/1101 vom 01.06.1999) eine Eingliederung der landwirtschaftlichen Krankenkassen in die allgemeine GKV gefordert, um unter anderem den Bundeszuschuss, der rund 58% aller Einnahmen der LKK ausmacht, zu reduzieren.

<sup>237</sup> Eine Anhebung der Mineralölsteuer bei Benzin und Diesel von 1 Pf ergibt z.B. zusätzliche Steuereinnahmen von rund 700 Mio. DM (BMF 2001).

<sup>238</sup> Eine Erhöhung der Mehrwertsteuer wirkt sich nach Haushaltsgruppen unterschiedlich aus. Insbesondere untere Einkommensgruppen sind durch eine solche Anhebung stärker belastet (Bedau et al. 1998: 257).

<sup>239</sup> Das Prinzip der Non-Affektion ist in diesem Zusammenhang eher als Scheinargument anzusehen, da in der GRV der Bundeszuschuss bereits ein fester Bestandteil der Finanzierung darstellt. Eine prinzipiell stärkere Übertragung von Bundesmitteln an die GKV wäre demnach denkbar und möglich.

<sup>240</sup> Zudem käme es zu einer Subventionierung der GKV durch PKV-Versicherte, da diese – obwohl sie keine Leistungen der GKV beziehen – zur Finanzierung der GKV mit herangezogen würden. Dies könnte aber als Solidarbeitrag gewertet werden.

aber aufgrund der vielfältigen versicherungsfremden Leistungen in der GKV ein erhöhter Bundeszuschuss zu begrüßen.

### **6.15.3 Höhere Steuern und sonstige Abgaben auf gesundheitsschädliche Produkte**

Im Zusammenhang mit der Erhöhung des Bundeszuschusses zur Finanzierung der GKV sind auch Steuererhöhungen auf gesundheitsschädliche Produkte (z.B. Tabak und Alkohol) und gesundheitsschädliches Verhalten (Fehlernährung oder risikoträchtige Sportarten) zu nennen (SVR 1998: 330, Müller et al. 2003: 12). "Gesundheit ist trotz gegenteiliger Behauptungen nicht das höchste aller Güter, sondern wird oft bereitwillig aufs Spiel gesetzt ..." (Arnold 1998: 24).

Ziel von Gesundheitsabgaben ist es, ungesundes oder riskantes, gesundheitsschädigendes Verhalten durch Abgaben zu belasten. Individuelle Eigenverantwortung soll übernommen werden, damit keine Belastung der Solidargemeinschaft durch selbstschädigendes Verhalten eintritt. Externe (gesellschaftliche) Kosten werden somit internalisiert.

Eine Absenkung des Beitragssatzes in der GKV wäre durch Prämien mit Risikozuschlag (im Falle von Risikosportarten) oder durch weitere gesundheitsbezogene Verbrauchssteuern denkbar.<sup>241</sup> Für die Erhebung von Sonderabgaben mit Finanzierungsfunktion hat das Bundesverfassungsgericht aber bestimmte Kriterien festgelegt, die eine zusätzliche Finanzierung der GKV durch Gesundheitsabgaben erschweren (BVerfG 1980).<sup>242</sup>

Ein wesentlicher Kritikpunkt an Abgaben bei gesundheitsschädlichem Verhalten oder gesundheitsschädlichen Produkten besteht in dem Kausalitätsproblem. So ist z.B. aus der Risikofaktorenforschung bei koronaren Herzkrankheiten bekannt, dass Risikofakto-

---

<sup>241</sup> Hierzu zählen bspw. die Tabak-, Schaumwein-, Biersteuer und Branntweinabgabe, die sich insgesamt auf rund 30 Mrd. DM im Jahre 1999 summierten (Bundesfinanzministerium 2001). Die Einführung einer Gesundheitsabgabe auf jede Zigarette von 25 Pf. hätte im Jahre 1999 ein Einnahmenvolumen von rund 36 Mrd. DM bzw. eine Absenkung um 1,9 Beitragssatzpunkten ergeben (UPI 1998: 35).

<sup>242</sup> "(1) Eine gesellschaftliche Gruppe darf nur dann mit einer Sonderabgabe belastet werden, wenn sie durch eine gemeinsame Interessenlage oder durch gemeinsame Gegebenheiten von der Allgemeinheit und anderen Gruppen eindeutig abgrenzbar ist. Es muss sich demnach um eine homogene Gruppe handeln. (2) Es muss eine spezifische Sachnähe zwischen dem Kreis der Abgabepflichtigen und dem mit der Abgabe verfolgten Zwecke bestehen, d.h. die belastete Gruppe muss dem mit der Abgabenerhebung verfolgten Zweck evident näher stehen als die Allgemeinheit oder eine andere Gruppe. Aus dieser Sachnähe muss eine besondere Gruppenverantwortung für die Erfüllung der zu finanzierenden Aufgabe resultieren. (3) Schließlich muss eine gruppennützige Verwendung des Abgabenaufkommens erfolgen, so dass die auf der einen Seite Belasteten auf der anderen Seite durch das Abgabenaufkommen begünstigt werden. Dazu ist es nicht erforderlich, dass jedes einzelne Gruppenmitglied aus der Verwendung des Abgabenaufkommens einen Vorteil erhält, sondern die Gruppe als Ganzes muss Nutznießer der Verausgabung sein" (BVerfG 1980).

ren eine Erkrankung begünstigen können, nicht aber als alleinige Ursache für einen Krankheitsausbruch anzusehen sind. Gegen weitere Abgaben auf gesundheitsschädliche Produkte wird zudem eingewandt, dass auf vielen der Produkte bereits hohe Abgaben in Form von Steuern liegen. Ein fiskalischer Erfolg ist aufgrund von Ausweichstrategien unsicher (Konsum im Ausland), bzw. bei effektiver Verringerung des Konsums von gesundheitsschädlichen Produkten kann es zu potentiellen Einnahmeausfällen kommen. Gesundheitsabgaben sind hinsichtlich der Prävention aber grundsätzlich als sinnvoll und effektiv zu betrachten. Als eigenständiges Finanzierungsinstrument sind diese dagegen eher ungeeignet.

Aufgrund des geringen administrativen Aufwands und der Steuerungswirkung des individuellen gesundheitsrelevanten Verhaltens erscheint daher eine ergänzende Finanzierung der GKV über zusätzliche Gesundheitsabgaben als vorteilhaft, zumal die Beschäftigungswirkungen als neutral anzusehen sind (vgl. auch SVRKAiG 1995).

## **6.16 Steuerfinanzierte Gesundheitsversorgung**

Eine staatlich organisierte steuerfinanzierte Gesundheitsversorgung stellt das Gegenstück zur rein privatwirtschaftlichen Absicherung dar und wäre ordnungspolitisch mit den sonstigen Strukturen des Systems der sozialen Sicherung nicht konform.<sup>243</sup>

Unter Effizienz- und Allokationsgesichtspunkten scheidet ein steuerfinanziertes System der Gesundheitsversorgung für viele Ökonomen aus (vgl. z.B. Leyendecker 1995: 36).<sup>244</sup> Bei staatlichen, monopolistisch organisierten Gesundheitssystemen besteht die Gefahr, dass teure unwirtschaftliche Lösungen bevorzugt werden, der Verwaltungsaufwand steigt, der Bedarf nicht gedeckt und die Qualität nicht ausreichend gesichert ist. Es mangelt an Transparenz zwischen Mittelaufbringung und Mittelverwendung, was Ineffizienzen fördert.

Im internationalen Vergleich weisen steuerfinanzierte Gesundheitssysteme trotz allem einen unterdurchschnittlichen Anteil der Gesundheitsausgaben am BIP auf und scheinen damit kostenbegrenzend wirken zu können. Dies ist unter anderem durch eine effektive

---

<sup>243</sup> Vgl. auch oben die Ausführungen zu staatlich organisierten Gesundheitssystemen.

<sup>244</sup> Vgl. zur kritischen Auseinandersetzung mit einem steuerfinanzierten Gesundheitssystem z.B. SVRKAiG (1994: Ziffer 508ff.), SVRKAiG (1995: Ziffer 559ff.) oder auch Schmeinck (1996).

Planung und eine integrative Versorgung von ambulantem und stationärem Bereich erklärbar (Böcken et al. 2000).<sup>245</sup>

In Deutschland wäre ein staatliches, steuerfinanziertes Gesundheitssystem politisch kaum durchsetzbar. Ernsthafte Vorschläge oder politische Bemühungen, das System in Richtung einer rein steuerfinanzierten Gesundheitsversorgung zu verändern, sind nicht erkennbar sind.<sup>246</sup>

## 6.17 Bruttowertschöpfungsabgabe

Der Bruttowertschöpfungsabgabe<sup>247</sup> stellt eine alternative bzw. ergänzende Bemessungsgrundlage für den Arbeitgeberbeitrag zur GKV dar. Aufgrund der zunehmenden Kapitalintensität im Wirtschaftsprozess verliert die betriebliche Lohnsumme insbesondere im primären und sekundären Sektor relativ an Gewicht und drückt immer weniger die tatsächliche Leistungsfähigkeit eines Betriebes aus.

Eine Ausrichtung des Krankenversicherungsbeitrags an der tatsächlichen betriebswirtschaftlichen Leistungsfähigkeit würde die Lohnzentrierung bei der Beitragsbemessung aufheben und eine Entlastung des Faktors Arbeit darstellen. Durch die Verbreiterung der Bemessungsgrundlage würde die Einführung einer Bruttowertschöpfungsabgabe auch für mehr Beitragsgerechtigkeit auf Seiten der Arbeitgeber sorgen, da bei einer bundesweit einheitlichen Bruttowertschöpfungsabgabe lohnintensive Branchen (z.B. das Handwerk), die derzeit überdurchschnittlich hohe Beitragslasten tragen, profitieren würden.

Um die praktische Umsetzung zu erleichtern schlägt Flörke (2000: 166) neben einem völlig umbasierten alternativ einen ergänzenden Arbeitgeberbeitrag von 2,5% der Bruttowertschöpfung eines Unternehmens vor, den ein Arbeitgeber dann zusätzlich zu dem lohnbezogenen GKV-Beitrag zu entrichten hätte.<sup>248</sup> Die zusätzliche Beitragsbelastung

---

<sup>245</sup> So ist die staatliche finnländische Gesundheitsversorgung als positives Beispiel zu nennen, dessen Gesundheitsausgaben als Anteil am BIP nur 7,4% (1997) ausmachen, und gemessen an verschiedenen Outputindikatoren wie die durchschnittliche Lebenserwartung oder die Qualität der Gesundheitsversorgung sehr erfolgreich ist.

<sup>246</sup> Simulationen oder Berechnungen der fiskalischen Wirkungen und Belastungen eines rein steuerfinanzierten Modells liegen für Deutschland ebenso nicht vor.

<sup>247</sup> Die Begriffe "Bruttowertschöpfungsabgabe" (Wille 1998b: 250) bzw. "Maschinenbeitrag" (SVRKAiG 1997: 294) werden in analoger Weise verwendet.

<sup>248</sup> Grundprinzip wäre bei beiden Varianten, dass 2,5% der Wertschöpfung der Unternehmen der GKV-Beitragspflicht unterliegen. Bei der Modellvariante wäre ein ergänzender Arbeitgeberbeitrag davon

hätte eine hohe fiskalische Ergiebigkeit, doch wäre mit deutlichen Ausweichstrategien der Arbeitgeber, insbesondere mit Abwanderung ins Ausland zu rechnen. Eine komplette Umwandlung des Arbeitgeberbeitrages in einen Bruttowertschöpfungsbeitrag wäre auch mit erheblichen Folgen für die Grundprinzipien der GKV verbunden. Es wäre ein einheitlicher bundesweiter Arbeitgeberbeitragssatz notwendig, da eine kassenindividuelle Beitragsgestaltung zu erheblichen Verwaltungsaufwand führen würde. Damit ginge die paritätische Finanzierung des Arbeitgeberbeitrags verloren.

Unter weiteren Kritikpunkten gegen eine Bruttowertschöpfungsabgabe wird vorgebracht, dass die Zurechenbarkeit der Mittelaufbringung zum Versicherungszweck nicht möglich wäre, was dem Versicherungsprinzip widersprechen würde. Die Hauptkritik an der Bruttowertschöpfungsabgabe orientiert sich aber an dem Argument, dass hiermit die Produktivität und der technische Fortschritt gemindert wird weil es zu einer Verteuerung des Kapitaleinsatzes und damit zu Renditeeinbußen käme. Aufgrund der hohen Mobilität von investivem Kapital käme es zu einer Verschlechterung der internationalen Wettbewerbslage, die negative Effekte auf die Beschäftigung, ein gebremstes Wachstum und verringerten Wohlstand zur Folge hätte (Klose und Schellschmidt 2001: 155). Eine Umsetzung der Bruttowertschöpfungsabgabe wird daher nicht in Erwägung gezogen.

## **6.18 Selbstbeteiligungsmodelle**

Die Selbstbeteiligung – auch "Selbstbehalt" genannt – ist ein Finanzierungsinstrument, welches grundsätzlich in allen oben aufgeführten Reformmodellen Anwendung finden kann. Selbstbeteiligung ist die unmittelbare Eigenbeteiligung der Versicherten an den Kosten der individuellen Inanspruchnahme von Gesundheitsgütern, die nicht bereits durch geleistete Krankenversicherungsbeiträge gedeckt sind (Sozialenquete-Kommission 1967: 217). Ziel ist es letztlich, den Eigenanteil der Versicherten zur Finanzierung der Gesundheitsleistungen zu erhöhen, um damit das Kostenbewusstsein der Versicherten zu wecken. Die grundsätzliche Idee für die Einführung von Selbstbeteiligungsmodellen liegt demnach darin, unnötige Leistungsanspruchnahme zu vermeiden und Anreize zu einer sparsameren individuellen Inanspruchnahme zu setzen.<sup>249</sup>

---

abhängig, ob die lohnbezogenen Beiträge in der Summe bereits 2,5% der betrieblichen Wertschöpfung ausmachen.

<sup>249</sup> Vgl. Oberender (1999: 80) SVR (2002: 273f.).

Ausgangspunkt für eine Diskussion um eine Ausweitung von Selbstbehalten ist, dass das System der Gesundheitsversorgung durch Überinanspruchnahme aufgrund von fehlenden Anreizen sowie von Moral Hazard gekennzeichnet ist. Durch die Einführung von Selbstbehalten kann bei geeigneter Ausgestaltung und bei entsprechenden Rahmenbedingungen die Kosten-Transparenz auf Seiten der Versicherten erhöht, die Nachfrage nach kostengünstigen Alternativen gestärkt und eine Überinanspruchnahme von Gesundheitsleistungen vermieden werden. Es werden Anreize gesetzt für ein gesundheitsförderliches Verhalten und die Steigerung des individuellen Interesses an der eigenen Gesundheit. Es kann damit zu einer Stärkung der Patientenautonomie kommen, die die Compliance bei einer Behandlung verbessert. Insgesamt wird der Grundsatz der Subsidiarität durch Selbstbeteiligungen gestärkt.

Gemäß der Theorie des optimalen Krankenversicherungstarifs verfolgen Selbstbeteiligungsregelungen vor allem drei Ziele:

- die Einsparung von Verwaltungskosten, soweit diese proportional zur Höhe der Versicherungsleistung verlaufen (z.B. Kosten der Schadensabwicklung),
- die Schaffung von Anreizen zur Krankheitsvermeidung durch Vorbeugung,
- die Schaffung von Anreizen zur sparsamen Inanspruchnahme medizinischer Leistungen nach eingetretener Krankheit und
- die Vermeidung von Moral Hazard auf Seiten der Versicherungsnehmer (Breyer 1997a: 303, vgl. auch Felder 1999: 67).

"Wenn die Prämie einen Aufschlag zur Deckung der Verwaltungskosten des Versicherers beinhaltet, dann besitzt der optimale Versicherungsvertrag auch aus Sicht des Versicherungsnehmers eine positive Selbstbeteiligung. Für den Versicherungsnehmer ist es nämlich finanziell interessant, kleinere Schäden aus der eigenen Tasche zu berappen und so Verwaltungskosten der Versicherer, welche auf die Nettoprämie aufgeschlagen werden, zu vermeiden" (Felder 1999: 67). Problematisch ist hierbei, dass eine genaue Quantifizierung sowohl der fiskalischen Effekte als auch der gesundheitlichen Verbesserung schwer vorzunehmen ist.

Bei Selbstbeteiligungsmodellen kann grundsätzlich sowohl zwischen direkten und indirekten als auch zwischen absoluten und relativen Formen unterschieden werden



(Übersicht 6). Eine Ausgestaltung von Selbstbehalten mit relativem Anteil ohne Kappungsgrenze belastet Kranke in unangemessener Weise. Um eine finanzielle Benachteiligung zu begrenzen sind daher absolute Selbstbehalte vorzuziehen. Letztlich sind verschiedene Ausgestaltungsmöglichkeiten und Kombinationen der hier aufgeführten Formen von Selbstbeteiligungsregelungen vorstellbar (vgl. auch Schulenburg 1987, Stiftung Marktwirtschaft 2002: 86-87).

#### Übersicht 6: Ausgewählte Formen von Selbstbeteiligungen

<b>Direkte Formen der Selbstbeteiligung</b>
Abzugs-Franchise: ein fester Betrag ist vom Versicherten zu entrichten, die oberhalb dieser Grenze anfallenden Kosten übernimmt die Krankenversicherung <sup>250</sup>
Anteilige Selbstbeteiligung mit einem festgelegten Prozentsatz
Prozentuale Selbstbeteiligung mit Kappungsgrenze
Feste Ober- und Untergrenzen: Die Versicherung trägt die Kosten von einer bestimmten Untergrenze an, aber höchstens bis zu einer bestimmten Obergrenze
Zuzahlungen bei Inanspruchnahme: sogenannte Sonderleistungszuschläge, die gegenwärtige Form der Selbstbeteiligung in der GKV
Indemnitätstarife: Die Krankenkasse zahlt einen festen Betrag für eine bestimmte Behandlung. Im Falle abweichender Leistungspreise muss der Differenzbetrag vom Versicherten getragen werden.
Leistungsausschluss: vollständige Eigenübernahme durch den Versicherten
Praxisgebühr: Betrag/Gebühr für jeden (Fach-)Arztbesuch <sup>251</sup>
<b>Indirekte Formen der Selbstbeteiligung</b>
Prämien oder Beitragsrückerstattungen bei schadensfreiem Verlauf
Ausgleichszahlung: Vergütung für Nichtinanspruchnahme von Leistungen im Schadensfalle
Bonus-Malus-Regelungen bei der Leistungsanspruchnahme <sup>252</sup>

Quellen: SVR (2000: 252), Jacobs (2000: 13f.), (SVR 2002: Ziffer 486) und eigene Ergänzungen.

In der GKV existieren verschiedene Formen von Selbstbeteiligungen, wobei Sonderleistungszuschläge in Form von Zuzahlungen für Arzneimittel, bei Krankenhaus- oder Kuraufenthalten, Zahnersatz, Heilmittel und Fahrtkosten oder als Praxisgebühr dominieren.<sup>253</sup> Das gesamte Zuzahlungsvolumen der Versicherten in der GKV machte im Jahre

<sup>250</sup> In der Schweiz ist diese Form der Selbstbeteiligung fester Bestandteil der Krankenversicherung und für jeden Bürger bindend. Sie beträgt derzeit 230 Franken pro Jahr, wobei Kinder und Jugendliche bis 18 Jahre davon freigestellt sind.

<sup>251</sup> Bereits vor der Einführung der Praxisgebühr war diese gefordert worden. Vgl. SVR (2002: 429) und SVRKAiG (2003a: Ziffer 142). Erfahrungen liegen auch aus Frankreich und Belgien vor.

<sup>252</sup> Boni können bspw. bei regelmäßiger Inanspruchnahme von Früherkennungsmaßnahmen gewährt werden. Ein Malus kann bei Direktinanspruchnahme von Fachärzten oder bei Selbsteinweisung ins Krankenhaus ohne Notfallindikation erhoben werden.

<sup>253</sup> Um die individuelle Belastung einkommensschwacher Versicherter gering zu halten, werden vielfache Ausnahmeregelungen in der GKV angewendet. Es gelten im wesentlichen drei wichtige Ausnahmeregeln, die die Wirkung von Selbstbeteiligungen mindern: (1) die Sozialklausel nach §61 SGB V, mit vollständiger Befreiung von Selbstbeteiligungen bei einkommensschwachen Personengruppen, (2) die Überforderungsklausel nach §62 SGB V, mit teilweiser Befreiung insbesondere für chronisch Kranke und (3) eine

1994 rund 4,2% (9,2 Mrd. DM) an allen GKV-Ausgaben aus (Statistisches Bundesamt 1998). Nach den Niederlanden hat Deutschland mit Dänemark im europäischen Vergleich damit den niedrigsten Finanzierungsanteil von Selbstzahlungen. Dieser macht nur rund 11% aller Gesundheitsausgaben aus (sonst im restlichen Europa bis zu 20%), wobei Zahlungen von Privatversicherungsbeiträgen sogar enthalten sind (Breyer. 2001: 136f.). Das erheblich scheinende Potential – gemessen am europäischen Maßstab – für Ausweitungen von Selbstbehalten bei den Versicherten der GKV wird durch die neu eingeführte Praxisgebühr seit Anfang 2004 damit zumindest teilweise ausgenutzt.

Selbstbehalte können erhebliche fiskalische Wirkungen haben. 54% der GKV-Versicherten mit Leistungsanspruchnahme hatten im Jahre 1999 Leistungsausgaben bis zu einer Höhe von 1000 DM/Jahr (Tabelle 18). Unterstellt man, dass die durchschnittlichen Leistungsausgaben bei rd. 250 DM/Jahr liegen, so würde durch einen erweiterten Selbstbehalt bei rd. 50% der Versicherten (= 38,2 Mio. Versicherte) Kosteneinsparungen in Höhe von 4,9 Mrd. € zu erwarten sein.<sup>254</sup>

Selbstbeteiligung in Form von Sonderleistungszuschlägen in der GKV besteht nicht um ihrer Steuerungswirkungen willen, sondern dient vorwiegend fiskalischen Zwecken (Breyer 1997a: 303). Sachleistungsprinzip und fehlende Kostentransparenz verhindern zudem, dass Selbstbehalte generell wirken können (Greiner und Schulenburg 1996: 127). Durch die bisherige Form der Selbstbeteiligung wird die Leistungsanspruchnahme nicht reguliert, sondern es werden nur die Kosten zuungunsten der Kranken verschoben (Schönbach 1994: 23). Es ist daher notwendig, eine Form der Selbstbeteiligung zu finden, die die Inanspruchnahme bereits vor Eintreten einer Erkrankung – z.B. in Form von Bonusregelungen bei Präventionsmaßnahmen – beeinflusst.

**Tabelle 18: GKV Versicherte nach Kostenklassen**

<b>Leistungsausgaben in DM 1999</b>	<b>Anteil in %</b>	<b>kumulativ in %</b>	<b>mit Leistungsausgaben kumulativ in %</b>
---	--------------------	-----------------------	---

Kinderbefreiungsregelung, wonach mitversicherte Kinder bis zum Alter von 18 Jahren von verschiedenen Selbstbeteiligungen vollständig befreit sind.

Von der Härtefallregelung (§61 SGB V) profitierten im Jahre 1998 rund 9,8 Mio. Versicherte, die von Zuzahlungen vollständig befreit wurden (Klose und Schellschmidt 2001: 16).

<sup>254</sup> Würde man bspw. im stationären Bereich von jedem Versicherten statt der derzeit (2002) geltenden Zuzahlung von 9 € mit einer zeitlicher Beschränkung auf die ersten 14 Tage, einheitlich 15 € für jeden Pflgetag erheben, so beliefe sich das zusätzliche Zuzahlungsvolumen auf rund 2,6 Mrd. € (ohne Härtefallberücksichtigung). (218,7 Mio. Pflgetage im Jahre 1999: Zahlen und Fakten 2000 des AOK Bundesverbandes <http://www.aok.de/bundesverband/wuu/fakten/ersterte.pdf>. Das Zuzahlungsvolumen im stationären Bereich summierte sich in 1999 auf rd. 0,63 Mrd. € (Klose und Schellschmidt 2001: 144).

0	23	23	-
1-99	25	48	25
100-249	12	60	37
250-499	9	69	46
500-999	8	77	54
1000-4999	14	91	68
5000-19999	7	98	75
20000-29999	1	99	76
>30000	1	100	77

Quellen: eigene Darstellung nach Winkelhake et al. (2002: 59).

Die grundsätzliche Problematik von Selbstbeteiligungsmodellen besteht darin, dass Preiselastizität bestehen muss, damit Verhaltensreaktionen auf Seiten der Versicherten in Gang gesetzt werden. Eine Steuerungswirkung von Selbstbehalten im Bereich der GKV kann jedoch als gering angesehen werden. 20% der Kranken verursachen 80% der Kosten (Braun et al. 1999: 37), bzw. das teuerste Prozent der Versicherten beansprucht 30% der Gesamtausgaben (Winkelhake et al. 2002: 59). Es kann davon ausgegangen werden, dass die Nachfrage dieser Versicherten nicht oder nur sehr gering preiselastisch ist (vgl. auch Schwartz und Busse 1994: 13). Bei Selbstbehalten besteht demnach die Gefahr, dass sie nur auf ihre reine Finanzierungsfunktion reduziert werden. Inwieweit das Verhalten von Versicherten durch Selbstbehalte beeinflussbar ist, ist nicht endgültig geklärt (vgl. RAND Studie, Newhouse 1996).<sup>255</sup>

Problematisch ist der geringe Einfluss der Versicherten auf Preis und Menge der in Anspruch genommenen Leistungen, da Art und Umfang weitgehend von den Leistungsanbietern bestimmt werden. Selbstbeteiligungen, die im Nachhinein, d.h. bei den ärztlich verordneten Leistungen, ansetzen, sind im Blick auf die Wirtschaftlichkeit der Versorgung unwirksam. Damit sind Selbstbeteiligungen für verordnete Leistungen nur "Sondersteuern für Kranke" (Schönbach 1994: 23).

Insgesamt kommt es durch Selbstbehalte so zu einer Benachteiligung von Kranken, und sozial Schwache werden ohne Ausnahmeregelungen finanziell überfordert. Soziale Ungleichheiten durch schichtspezifische Gesundheitsdefizite manifestieren sich, die Krankheitsfrüherkennung droht vernachlässigt zu werden, und Bagatellfälle können

---

<sup>255</sup> Erfahrungen aus den Niederlanden zeigen, dass die Ziele im Hinblick auf Finanzierungseffekte und Nachfragebegrenzung nicht erreicht werden (Müller 1999). Die negativen Erfahrungen aus den Niederlande sind nach Greß (2000) auf eine zu niedrige Höhe der Selbstbeteiligung zurückzuführen, da eine steuernde Wirkung von Selbstbeteiligungen erst ab einem hohen Prozentsatz erwartbar ist. Demgegenüber zeigt Werblow (2002) für die Schweiz positive Effekte durch die Einführung von Selbstbehalten (vgl. auch Werblow und Felder 2003).

aufgrund von Unterlassung oder Hinauszögerns einer medizinischen Behandlung später zu erheblichen Folgekosten führen (Mielck 2000, Helmert et al. 2000).

Der Vorteil von Selbstbehalten besteht auf der anderen Seite in ihrer relativ leichten praktischen Umsetzbarkeit, da bereits verschiedene Selbstbeteiligungsformen in der GKV existieren und erweitert werden können. In der Literatur wird die Ausweitung von Selbstbehalten in der GKV auch aus weiteren Gründen für ein effektives Instrument gehalten (SVRKAiG 1998: 262).

Letztlich ist mit dem Instrument der Selbstbehalte ein Konflikt zwischen erwünschten fiskalischen Wirkungen und Verhaltensänderungen einerseits und unerwünschten verteilungspolitischen und potentiellen gesundheitlichen Auswirkungen andererseits verbunden. Es besteht aber die Hoffnung, dass Selbstbehalte durch eine effizientere Leistungsanspruchnahme und durch eine Vermeidung unnötiger Leistungen auf mittlere Sicht auch denjenigen nutzen, die durch Selbstbehalte zunächst stärker belastet werden. Damit können Selbstbehalte für die gesamte Versichertengemeinschaft zum Vorteil sein, da sich dadurch die Prämien im Durchschnitt senken lassen (Felder 1999: 67). Empirische Analysen zu dem volkswirtschaftlichen Nutzen von Selbstbehalten liegen nicht vor, doch zeigt Osterkamp (2003) in einem Modell der Einführung von höheren Selbstbeteiligungen in der GKV, dass jeder Versicherte finanziell besser gestellt werden könnte als ohne Zuzahlungen. Der Beitragssatz in der GKV ließe sich um mehr als ein Prozentpunkt bei Nutzung des Paretokriteriums absenken.

## **6.19 Modelle für eine teilweise oder vollständige Umstellung auf das Kapitaldeckungsverfahren in der GKV**

Die bisher beschriebenen Modelle der Mittelaufbringung zur Finanzierung von Krankenversicherungsschutz lassen zwei grundsätzliche Finanzierungsprinzipien zu: Das in der GKV angewendete periodengerechte Umlageverfahren und das in der PKV genutzte Prinzip der Kapitaldeckung. Die Wahl des Finanzierungsverfahrens ist eng mit der Frage verbunden, inwieweit die Prinzipien der versicherungstechnischen Äquivalenz oder der Solidarität angewendet werden sollen.

### 6.19.1 Kapitaldeckungs- und Umlageverfahren

Die Idee des Umlageverfahrens besteht darin, dass Sozialleistungen jeweils aus dem Sozialprodukt der laufenden Periode finanziert werden. Die aktive Bevölkerung entrichtet i.d.R. Beiträge oder Steuern zugunsten von anspruchsberechtigten Leistungsempfängern. Wenn in der GKV die Ausgaben schneller steigen als die Einnahmen, muss der Beitrag(-ssatz) angepasst werden.<sup>256</sup> Es kommt zu einer intergenerativen Umverteilung. Dieser Umverteilungsprozess wird auch als "Generationenvertrag" bezeichnet. Im Falle der GKV besteht sogar ein dreifacher Generationenvertrag, da erwerbstätige Nettozahler den Aufwand für Kinder und für Rentner tragen (Fetzer und Raffelhüschen 2002: 6).

Das derzeitige System des Umlageverfahrens in der GKV bringt Probleme mit sich, die eine Diskussion über einen Umstieg auf das Kapitaldeckungsverfahren ausgelöst haben. Der Hauptkritikpunkt am Umlageverfahren liegt darin, dass es durch demographische Veränderungen unmittelbar betroffen ist als das kapitalgedeckte System und dann aus dem Lot gerät, wenn sich die Relation zwischen aktiver Bevölkerung und inaktiver leistungsempfangender Bevölkerung nachhaltig ungünstig entwickelt.

Die daraus resultierenden Beitragszahlungen können eine erhebliche Belastung der aktiven Bevölkerung mit sich bringen. Es kann zu einer Ungleichbehandlung der Generationen kommen, wenn das kollektive Äquivalenzprinzip durch die Verwendung des Umlageverfahrens verletzt wird.<sup>257</sup> Durch die demographisch bedingte Alterung der Versichertengemeinschaft können derzeit jüngere Versicherte damit sogar dauerhaft zu Nettozahlern werden, da aktive Versicherte nicht ausreichend nachwachsen. "Im demokratischen Staatswesen haben auf Dauer Umverteilungsmechanismen ... (aber) nur dann Bestand, wenn eine Mehrheit aus diesen institutionellen Regelungen einen Nettonutzen zieht" (Schulenburg 1988: 462).

Das Umlageverfahren reagiert zudem stark und unmittelbar auf Veränderungen der wirtschaftlichen Entwicklung. Insbesondere bei einer Rezession mit steigender Arbeitslosigkeit und ungünstiger Lohnentwicklung nimmt der finanzielle Druck auf die GKV zu. Ein weiterer Nachteil wird darin gesehen, dass das Umlageverfahren einem größeren Risiko politischer Einflussnahme ausgesetzt ist als das Kapitaldeckungsverfahren.<sup>258</sup>

---

<sup>256</sup> Vgl. für die GKV §220 Abs. 2 SGB V.

<sup>257</sup> Schulenburg (1988: 459) zeigt dies anhand der Darstellung von Lebensnettotransfers für verschiedene Alterskohorten.

<sup>258</sup> Bei einer privatwirtschaftlich organisierten kapitalgedeckten Versicherung ist eine politische Eingriffsmöglichkeit durch das Vertragsrecht geschützt.

Die Forderung, auch in der GKV das Kapitaldeckungsverfahren einzuführen wird insbesondere vor dem Hintergrund der demographischen Veränderung der Gesellschaft und der Tatsache diskutiert, dass mit zunehmenden Lebensalter die Krankheitskosten überproportional ansteigen.<sup>259</sup> Die Grundidee des Kapitaldeckungsverfahrens besteht darin, dass Beitragseinnahmen sowohl zur Deckung von aktuellen Leistungsausgaben als auch zur Bildung von Rückstellungen für künftige Versicherungsleistungen verwendet werden. Dadurch kann die individuelle Steigerung der Leistungsausgaben im höheren Lebensalter berücksichtigt werden.

Beim Anwartschaftsdeckungsverfahren, einer Form der kapitalgedeckten Versicherung, werden den Versicherten über den gesamten Versicherungszeitraum hinweg konstante Beiträge gewährleistet. Da die Ausgaben für Gesundheit mit dem Alter steigen, werden jüngere Versicherte zu höheren Prämienzahlungen herangezogen, als zur Deckung der aktuellen Ausgaben notwendig wäre. Der sich ergebende Sparanteil wird angelegt und verzinst. Das kumulierte Kapital kann individuell oder auch als Gruppenfonds zweckgebunden ausgestaltet sein.<sup>260</sup> Die über den Lebensverlauf angesammelten Sparanteile und die Verzinsung ergeben zusammen die Alterungsrückstellung. Durch allmähliche Auflösung der Alterungsrückstellung können auf diese Weise die steigenden Ausgaben bei höherem Lebensalter gedeckt werden. Steigen die Leistungsausgaben wider Erwarten stärker an – z.B. auf Grund einer nicht richtig kalkulierten Erhöhung der durchschnittlichen Lebenserwartung<sup>261</sup> –, ist eine Prämienerrhöhung notwendig. Eine kapitalgedeckte Versicherung ist a priori nicht effizienter als eine umlagefinanzierte Sicherung, aber im kapitalgedeckten System können die Kosten der Alterung generationengerecht über die Zeit verteilt werden (SVR 2002: 456).

Als generelle Vorzüge der Kapitaldeckung gelten volkswirtschaftliche Vorteile und Wohlfahrtsgewinne. Hierzu zählen insbesondere ein höheres Wirtschaftswachstum aufgrund einer zunehmenden Sparquote (vgl. z.B. Mackenzie et al. 1997, Neumann 1998: 262). Unter allokativen Gesichtspunkten wird das Kapitaldeckungsverfahren als effizienter angesehen als das Umlageverfahren. Bei höherem Sozialprodukt lassen sich

---

<sup>259</sup> Vgl. dazu das Kapitel 3.1.3 Veränderte Morbidität.

<sup>260</sup> Vgl. Reformkommission Soziale Marktwirtschaft (1999: 27).

<sup>261</sup> Zum Problem des Erwartungsfehlers in Hinsicht auf die Lebenserwartung und zur Problematik von unerwarteten Veränderungen der Lebenserwartung und ihren Auswirkungen auf ein umlagefinanziertes oder kapitalgedecktes System vgl. Helberger und Rathjen (1998).

die Folgen der gesellschaftlichen Alterung mit insgesamt steigenden Gesundheitsausgaben besser bewältigen.<sup>262</sup> Weitere Vorzüge sind eine geringere Abhängigkeit von der Arbeitsmarktsituation und der demographischen Entwicklung sowie eine bessere Berücksichtigung individueller Präferenzen der Versicherten (Fasshauer 2001: 636). Bei kapitalgedeckten Sicherungssystemen sind privatwirtschaftliche individuelle Verträge möglich, bei denen ein klarer Bezug zwischen individuell gezahltem Beitrag und empfangener Leistung besteht. Der systemimmanente Vorzug der Kapitaldeckung wird aber darin gesehen, dass sich durch Zins und Zinseszins bei dieser Finanzierungsform eine weit höhere Rendite ergeben kann als im Umlageverfahren.<sup>263</sup>

Als einer der zentralen Kritikpunkte an der Kapitaldeckung wird das Anlage- und Zinsrisiko und auch die Inflationsgefahr genannt. Zukünftige Kapitalmarktrenditen sind mit Unsicherheit behaftet und nicht aus der Entwicklung der Vergangenheit ableitbar. Müssen Teile eines Kapitalstocks im Ausland angelegt werden, birgt dies zusätzliche Wechselkurs-/ Risiken.<sup>264</sup> Zudem verringern die Kosten und Gewinne der Anlagegesellschaften die Kapitalmarktrendite. Problematisch wäre aber vor allem ein Übergang vom bestehenden Umlageverfahren in der GKV zur Kapitaldeckung, der zu einer Doppelbelastung der Versicherten führen würde. Neben dem Ansparen des Kapitals für die eigene Krankenversicherung, müsste parallel dazu das bestehende Umlageverfahren weiter finanziert werden (Wagner et al. 1998: 835, Raffelhüschen 2000: 263f.).

Die Argumente zu der Frage, ob das Umlageverfahren in der GKV durch ein Kapitaldeckungsverfahren ersetzt werden sollte, sind stark umstritten, was hier nicht weiter ausgeführt werden kann.<sup>265</sup> Konkrete Vorschläge und empirische Berechnungen einer möglichen Kapitaldeckung in der GKV liegen von verschiedenen Autoren vor.<sup>266</sup>

---

<sup>262</sup> Im Umlageverfahren wird nicht zwischen allokativen und distributiven Funktionen getrennt. Nach verbreiteter Meinung von Wirtschaftswissenschaftlern kann durch Trennung der beiden Aufgaben eine Effizienzsteigerung erreicht werden.

<sup>263</sup> Vgl. SVR (1996: Ziffer 413), (Börsch-Supan 1998: 411), Börsch-Supan (2000: 7).

<sup>264</sup> Die Asienkrise verdeutlicht dies eindrucksvoll, da Vermögenswerte um bis zu 90 Prozent ihres Wertes verloren haben (vgl. hierzu auch Burtless 2000).

<sup>265</sup> Zu den Vor- und Nachteilen der jeweiligen Finanzierungsverfahren liegt eine Fülle von Literatur vor. Stellvertretend seien hier genannt: Greiner und Schulenburg 1996, Boldrin et al. (1999), Miles und Timmermann (1999), Fehr (1999), Breyer (2000b), Eisen (2000), Hirte (2001). Für eine ausführliche Diskussion eines Übergangs vom Umlage- zum Kapitaldeckungsverfahren vgl. Börsch-Supan (1998).

<sup>266</sup> Vgl. Hof (2001, 2002), Cassel und Oberdieck (2002), Grabka et al. (2002, 2003b).

### **6.19.2 Bildung einer einmaligen Demographiereserve**

Cassel und Oberdieck (2002: 16) schlagen den Aufbau einer einmaligen Demographiereserve in Form einer ergänzenden Kapitaldeckung zur Bewältigung des demographischen Problems in der GKV vor.<sup>267</sup> Ihr Vorschlag basiert auf der Idee, den Beitragssatz in der GKV um rund 2 bis 3,4 Prozentpunkte dauerhaft bis zum Jahre 2040 anzuheben. Bei einer unterstellten Rendite von 4% könnte ein Kapitalstock von bis zu 724 Mrd. Euro bis zum Jahre 2027 aufgebaut werden, um künftig anfallende Ausgabensteigerungen zu finanzieren und den Beitragssatz über diesen Zeitraum stabil zu halten.

Zentraler Vorteil dieses Vorschlags ist dessen relativ einfache Umsetzbarkeit, da kein Systemwechsel notwendig wäre. Die bekannten Probleme eines vollständigen Übergangs vom Umlage- auf das Kapitaldeckungsverfahren würden vermieden. Der aufzubauende Kapitalstock würde vergleichsweise überschaubare Ausmaße annehmen und volkswirtschaftlich beherrschbar bleiben.

Der Schwachpunkt dieses Vorschlags besteht darin, dass es bei dauerhaft zunehmenden Kosten kaum möglich ist, die für den künftigen Bedarf notwendige Kapitalbildung richtig vorherzubestimmen. In dem Modell ist der gebildete Kapitalstock im Jahre 2040 aufgebraucht und ein drastischer Beitragssatzanstieg wäre die Folge. Ergänzende Reformbemühungen sind nach Ansicht der Autoren notwendig, um auch nach dem Jahre 2040 einen Beitragssatzanstieg zu vermeiden.<sup>268</sup>

### **6.19.3 Pauschalprämienmodell mit vollständiger Kapitaldeckung und Anwartschaftsdeckungsverfahren**

Die einmalige Bildung einer kapitalgedeckten Demographiereserve bildet nur einen vorübergehenden Schutz gegen drastische Beitragssatzsteigerungen in der GKV. Daher wird von Grabka et al. (2002) eine dauerhafte und vollständige Kapitaldeckung als Finanzierungsoption für die GKV vorgeschlagen. Es handelt sich dabei um eine Reformalternative, die einen Systemwechsel in der GKV voraussetzt. Kernbestandteil des Modells ist die Einführung von Pauschalprämien für die gesamte GKV-Bevölkerung, mit denen der Übergang zur vollständigen Kapitaldeckung und die laufenden Ausgaben finanziert werden. Nach dem System des in der PKV angewendeten Anwartschaftsde-

---

<sup>267</sup> Die Bildung eines Demographiefonds in der GKV schlug bereits der SVRKAiG (1997: 338) vor. Alternativ wird auch die Bildung individueller Rentenansprüche diskutiert (SVRKAiG 1998: 339).

<sup>268</sup> Eine andere Form der Teilkapitaldeckung schlägt Hof (2001) vor. In Anlehnung an den in der PKV unterstellten Zuschlag von 10% auf die Mitgliedsbeiträge, wird ebenso ein einmaliger Kapitalstock bis zum Jahre 2020 in Form einer kollektiven Demographiereserve gebildet. Die Auszahlung aus dem Kapitalfonds findet erst vom Jahre 2021 an statt und stabilisiert den Beitragssatz ab diesem Zeitpunkt auf



ckungsverfahrens soll ein kollektiver Kapitalstock für die GKV aufgebaut werden, der es erlaubt die Krankenversicherungsbeiträge dauerhaft von der demographischen Entwicklung unabhängig zu machen und zu stabilisieren. Prämienerrhöhungen würden nur noch durch Kostensteigerungen im Gesundheitswesen notwendig. Weitere Merkmale des Modells sind: ein Leistungsumfang, der sich am Standardtarif<sup>269</sup> der PKV ohne Selbstbehalt orientiert, Beitragsfreiheit für Kinder bis zum 20. Lebensjahr und ein sozialer Ausgleich durch ein gesondertes Transfersystem, das eine Belastungsobergrenze von 15%, bezogen auf die Bemessungsgrundlage, sicherstellt. Da ein fließender Übergang vom bestehenden Umlageverfahren in diese neue Finanzierungsform unterstellt wird, sind altersabhängige Pauschalprämien notwendig, um den bei den älteren Alterskohorten fehlenden Kapitalstock in auszugleichen.<sup>270</sup>

Das Hauptaugenmerk der Simulationsrechnungen zu diesem Vorschlag lag auf der Quantifizierung des notwendigen Transfervolumens. Die im Modell erforderlichen Transferleistungen hängen von der Dauer des Übergangszeitraums, dem Alter der Versicherten, der Bemessungsgrundlage und von der unterstellten Belastungsobergrenze ab. Bei einem kontinuierlichen Übergang vom Umlagesystem zu einer kapitalgedeckten Krankenversicherung mit altersabhängigen Pauschalprämien beträgt der Transferbedarf in der letzten Phase der Übergangszeit zwischen 61,0 bis 69,7 Mrd. Euro/Jahr. Nach einem vollständigen Hineinwachsen der GKV-Population in das Kapitaldeckungsverfahren beliefe sich der Transferbedarf immer noch auf rund 39,3 Mrd. Euro jährlich. Wenn eine bestimmte Höhe des Kapitalstocks erreicht ist und dauerhaft gewährleistet wird, kann theoretisch ein demographisch bedingter Anstieg des Beitragssatzes in der GKV vermieden werden. Die Praktikabilität dieses Modells hängt aber entscheidend von der Frage ab, ob und durch wen der Transferbedarf getragen wird. Eine hohe Hürde für die politische Durchsetzbarkeit des Vorschlags liegt fraglos in dem großen Volumen des Transferbedarfs.

---

einem Niveau von 15% bis zum Jahr 2050. In diesem Modell wäre der Kapitalstock bis zum Jahre 2050 vollständig aufgezehrt, und ein drastischer Anstieg des Beitragssatzes wäre zu erwarten.

<sup>269</sup> Der Standardtarif in der PKV wurde erstmals zum 1. Juli 1994 eingeführt. Der Leistungsumfang orientiert sich am Niveau der gesetzlichen Krankenkassen (vgl. § 257 Abs. 2a Satz 2 SGB V).

<sup>270</sup> Für weitere Modellannahmen und Details zu den Modellrechnungen vgl. Grabka et al. (2002).

#### **6.19.4 Fiskalische Konsequenzen eines Übergangs zum Anwartschaftsdeckungsverfahren**

In einer weiteren Modellrechnung analysiert Hof (2002) die fiskalischen Konsequenzen einer Einführung des Anwartschaftsdeckungsverfahrens in das bestehende System mit dem Ziel, es allmählich aufzulösen. In einem Übergangszeitraum von 10 Jahren wird die GKV-Bevölkerung durch Absenkung der VPG schrittweise in die PKV und damit in ein System mit Anwartschaftsdeckung überführt. Hof unterscheidet zwischen einem gemäßigten und einem radikalen Übergangsmodell. Im gemäßigten Übergang werden Rentner mit einem Alter von mehr als 65 Jahren von einem Zwangsübertritt in die PKV bis zum Jahre 2050 verschont und verbleiben in der GKV. Vom Jahre 2051 an wird der verbliebene GKV-Bestand aufgelöst. Im radikalen Modell werden auch Rentner vollständig ohne Übergangsfristen in die PKV überführt. Der Transferbedarf der in der GKV verbleibenden Bevölkerung und der in die PKV überführten Population macht je nach Annahmen für die Übergangsphase insgesamt maximal 131 Mrd. Euro bzw. 144 Mrd. DM im gemäßigten Modell aus.<sup>271</sup> Der Transferbedarf beläuft sich damit auf rund sechs bis sieben Prozent der gesamten Bruttolohn- und Gehaltssumme; damit wird das enorme Ausmaß an Umverteilung, dass zur Finanzierung des Übergangs der umlagefinanzierten GKV zur kapitalgedeckten PKV notwendig wäre verdeutlicht.

Zusammenfassend ist festzustellen, dass eine dauerhafte Stabilisierung der Beitragssätze durch eine (Teil-)Kapitalbildung erhebliche Ansparleistungen erfordert, die zusätzlich zu den Beitragszahlungen erbracht werden müssten. Die Modelle einer Teilkapitaldeckung von Hof sowie von Cassel und Oberdieck haben den Nachteil, dass kein dauerhafter Kapitalstock aufgebaut und drastische Beitragssatzsteigerungen nach Aufzehren des Kapitals die Folge wären.

---

<sup>271</sup> Im gemäßigten Modell würde die Überführung der GKV-Versicherten in die PKV im Zeitraum 2004-2014 eine Verdopplung des Beitragssatzes für die in der GKV verbliebene Population mit sich bringen, da die versicherungspflichtigen Einkommen um rund drei Viertel zurückgehen. Der Beitragssatz würde sich für die in der GKV verbliebene Population bis zum Jahre 2050 rein rechnerisch auf 85% belaufen. Um den Beitragssatz in der GKV über die Jahre hinweg für die Versicherten konstant zu halten, wären zum Zeitpunkt des Ausschlusses der sozialversicherungspflichtigen Bevölkerung ein Transferbedarf von 77,5 bis zu 89,1 Mrd. DM notwendig. Der maximale jährliche Transferbedarf könnte bis zum Jahre 2020 auf knapp 100 Mrd. DM ansteigen. In der Modellvariante eines radikalen Übergangs ins die PKV beliefte sich der Transferbedarf zur Stabilisierung des Beitragssatzes der in der GKV verbliebenen Bevölkerung auf maximal 36,3 bis 42,7 Mrd. DM.

Um den Transferbedarf für die in die PKV überführten Versicherten zu bestimmen, traf Hof die Annahme, dass die Beiträge sich nach der Beitragsstaffel aus dem risikoäquivalent kalkulierten Standardtarif der PKV richten. Der Transfersbedarf dieser Population nimmt bei einer maximalen Beitragsbelastung von 15% des individuellen Bruttoeinkommens im radikalen Übergangsmodell mehr als 250 Mrd. DM (bzw. knapp 240 Mrd. DM im gemäßigten Übergangsmodell) an.

Die Modelle einer Überführung des heutigen Finanzierungssystems der GKV in eines mit vollständiger Kapitaldeckung (vgl. Grabka et al. 2002, 2003b und Hof 2002), haben den Nachteil, dass erhebliche Transferleistungen notwendig wären, um eine zu starke Beitragsbelastung der Versicherten zu vermeiden. Das dazu erforderliche Transfervolumen würde erhebliche und damit politisch schwer durchsetzbare Ausmaße annehmen und auch organisatorische Probleme mit sich bringen.

Bei der Frage, ob ein Umstieg vom Umlage- zum Kapitaldeckungsverfahren sinnvoll wäre, sollte die Betrachtung der fiskalischen Effekte aber nicht im Vordergrund stehen. Sie müssen gegen die Verteilungswirkungen, Wachstums- und Beschäftigungswirkungen abgewogen werden. Potentielle zusätzliche Wohlfahrtsgewinne, die von einer dauerhaften Kapitalbildung in der GKV erwartet werden, könnten einen positiven Einfluss auf die Finanzierungsbasis der GKV zeitigen, und dies spricht zumindest für einen teilweisen Übergang zum Kapitaldeckungsverfahren.

Eine dauerhafte Teilkapitalbildung in der GKV erscheint sinnvoll, um die Finanzierungsgrundlagen der GKV nachhaltig zu verbessern und den zu erwartenden Ausgabensteigerungen gewachsen zu sein. Dies wäre auch im Sinne einer Mischung der Risiken des Umlagesystems einerseits und des Anlage-, Zins- und Inflationsrisikos bei einer vollständigen Kapitaldeckung andererseits empfehlenswert (vgl. hierzu auch Cassel und Postler 2003: 444 oder Ulrich 2003: 22).

## ***Teil B:***

# ***Mikrosimulation möglicher finanzieller Auswirkungen von Reformen in der Krankenversicherung***

## **7 Mikrosimulation und Inzidenzanalyse**

Die beiden verbreitetsten Methoden für Modellrechnungen in den Sozial- und Wirtschaftswissenschaften sind die Inzidenzanalyse und die Mikrosimulation.

Modellrechnungen erstellt man, um sich besser auf künftige Entwicklungen einzustellen, eine bessere Planungsgrundlage zu haben und darauf aufbauend fundiertere Entscheidungen zu treffen. Ziel einer Modellrechnung bzw. Zukunftsanalyse ist dabei nicht die exakte Treffsicherheit sondern die Auseinandersetzung mit möglichen Entwicklungen, die Auswirkungen unterschiedlicher Annahmen auf die Ergebnisse, das Erkennen von Engpässen, die Sensibilisierung für Diskontinuitäten und das Denken in Alternativen.

Die Inzidenzanalyse wird vorrangig zur Quantifizierung von Verteilungswirkungen finanzpolitischer Maßnahmen verwendet (vgl. Wellisch 1999, Homburg 2000). Als Datengrundlage werden bei dieser Methode aggregierte Informationen als ausreichend angesehen. Die Mikrosimulation ist dagegen ein Verfahren, welches bewusst auf Informationen auf Mikroebene, d.h. über einzelne Personen oder Haushalte als kleinste Untersuchungseinheit zurückgreift und damit Aggregationsfehler der Inzidenzanalyse umgeht (Wagner 1984: 125). Grundlage für die Mikrosimulation ist die Überlegung, dass die beobachtbaren sozialen und wirtschaftlichen Prozesse in einer Gesellschaft auf das Verhalten einer großen Zahl von Mikroeinheiten (Personen und Haushalte) zurückgeführt werden kann. Diese beobachtbaren Prozesse spiegeln sich auf einer höheren Aggregationsebene wider und dienen damit auch der Erklärung von Makroprozessen einer Gesellschaft. Die zu untersuchende Zahl von Mikroeinheiten wird in der Regel so groß sein, dass es notwendig ist, eine repräsentative Stichprobe zu ziehen, um darauf aufbauend die komplexen Strukturen großer Gesamtheiten von Mikroeinheiten zu analysieren.

Kennzeichnend für die Mikrosimulation ist, dass individuelle Informationen über die Mikroeinheiten – z.B. Merkmale wie Einkommen, Geschlecht, Alter oder Familienstand – für Simulationen zur Verfügung stehen. Der wesentliche Unterschied zur Inzidenzana-

lyse besteht darin, dass neben der Beschreibung von aktuellen Verteilungseffekten auch der Einfluss alternativer politischer Maßnahmen – aufgrund der Nachbildung selbst komplizierter (gesetzlicher) Regelungen im Steuerrecht – simuliert und untersucht werden können.<sup>272</sup> Die Mikrosimulation ist damit ein Instrument zur Analyse von komplexen ökonomischen Prozessen, die aus Veränderungen institutioneller Rahmenbedingungen resultieren.

Die Mikrosimulation ist amerikanischen Ursprungs und geht auf die Arbeit von Orcutt (1957) zurück.<sup>273</sup> Aufgrund des großen Nutzens von Mikrosimulationsmodellen ist es zu einer schnellen internationalen Diffusion gekommen; doch stellt die Mikrosimulation nach wie vor kein Standardverfahren dar.<sup>274</sup> In Deutschland sind vorwiegend Analysen von Änderungen im Steuer- oder Transfersystem belegt.<sup>275</sup> Im Bereich des Gesundheitswesens sind nur wenige Arbeiten veröffentlicht, die die Methode der Mikrosimulation nutzen.<sup>276</sup>

## 7.1 Formen von Mikrosimulationsmodellen

Grundsätzlich kann zwischen statischen und dynamischen Mikrosimulationsmodellen einerseits und Modellen mit und ohne Verhaltensreaktionen andererseits unterschieden werden.

Dynamische Mikrosimulationsmodelle dienen der Analyse langfristiger Effekte, wie z.B. der Analyse von Lebenszyklen. Bei diesen soll explizit der Verlauf der betrachteten Prozesse modelliert werden, d.h. dass für jede beobachtete Mikroeinheit ein individueller Lebensverlauf generiert wird. Den unterstellten Überlebenswahrscheinlichkeiten gemäß "altert" die ursprüngliche Stichprobenpopulation. Da Geburten und Todesfälle sowie Wanderungsbewegungen simuliert werden, bleibt der Umfang der Population in der Zeit nicht konstant, sondern verändert sich den Annahmen über die demographi-

---

<sup>272</sup> In Abhängigkeit der zur Verfügung stehenden Datenlage kann idealtypisch genau die zu entrichtende Einkommensteuer einer Untersuchungseinheit in einem Mikrosimulationsmodell ermittelt werden. Die Aussagefähigkeit der Mikrosimulation hängt damit entscheidend von der Qualität und dem Umfang der Datengrundlage ab.

<sup>273</sup> Vgl. auch Orcutt et al. (1961).

<sup>274</sup> Einen guten Überblick vermittelt hierzu die Arbeit von Harding (1996).

<sup>275</sup> Vgl. Galler und Wagner (1981), Galler (1990), Kasella und Spahn (1990), Grabka (2001).

schen Prozesse entsprechend. Als problematisch erweisen sich bei der dynamischen Mikrosimulation die fehlenden theoretischen und empirischen Erkenntnisse über Verhaltensanpassungen und demographischen Prozesse, was die Verbreitung dieser Methode stark eingeschränkt hat.

Eine statische Mikrosimulation ist nur an eine zeitpunktbezogene Stichprobe gebunden und lässt also Prozesse in der Zeit außer Acht. Mit ihr lassen sich die kurz- bis mittelfristigen Auswirkungen von Veränderungen institutioneller Regelungen bei gegebener Struktur (*ceteris paribus*) analysieren, aber auf eine Fortschreibung von individuellen Biographien, wie sie für die „dynamische Mikrosimulation“ notwendig ist, wird verzichtet. Der für die Simulation notwendige Aufwand erstreckt sich auf eventuelle Strukturanpassungen der Stichprobe an exogene Vorgaben, auf die Modellierung von Reformen und gegebenenfalls der Simulation von Verhaltensreaktionen. Das statische Simulationsmodell ist daher ein vergleichsweise einfaches Verfahren, das in der Politikanalyse anerkannt ist und vielfach verwendet wird.<sup>277</sup>

Die Qualität von Mikrosimulationsmodellen wird – wie die aller sozio-ökonomischen Modelle – grundsätzlich durch die vorhandene Datenqualität und die zugrunde liegende Modellierung beschränkt. Die Aussagekraft und Genauigkeit der Modellierung ist abhängig von nachvollziehbaren Annahmen zur Vereinfachung der Simulation. Oftmals wird ein pragmatisches Vorgehen notwendig sein, da nicht jede Detailregelung simuliert werden kann. Darüber hinaus sind falsche Annahmen über das Verhalten (individual response errors) und unberücksichtigte gesamtwirtschaftliche Effekte (environmental errors) als Fehlerquellen zu nennen. Insbesondere lassen sich sekundäre ökonomische Effekte kaum quantifizieren.

---

<sup>276</sup> Vgl. Schneider und Dennerlein (1981), Dennerlein und Schneider (1982), Brennecke (1991), Pfaff et al. (1992).

<sup>277</sup> Der zentrale Unterschied zwischen den statischen und dynamischen Mikrosimulationsmodellen besteht damit darin, dass die Stichprobenstruktur bei der statischen Simulation in der Zeit konstant bleibt. Bei den dynamischen Modellen wird dagegen die Struktur modellendogen dynamisch fortgeschrieben. Statische Mikrosimulationsmodelle eignen sich daher insbesondere für die Analyse von Reformmaßnahmen des Steuer- und Transfersystems.

Verhaltensreaktionen können sowohl bei statischen als auch bei dynamischen Mikrosimulationsmodellen einbezogen werden. Modelle mit Verhaltensreaktion versuchen zu berücksichtigen, dass Reformmaßnahmen oder andere exogene Einflüsse Änderungen des individuellen Verhaltens zur Folge haben können. Auf Basis der Mikroeinheiten werden Verhaltensmodelle, z.B. zum Konsum oder zum Arbeitsangebot bestimmt und in die Mikrosimulation einbezogen (vgl. Spahn et al. 1992). Die Güte der Modelle mit Verhaltensreaktion hängt entscheidend von der Qualität der Schätzergebnisse von empirischen Untersuchungen über Verhaltensfunktionen und der Berücksichtigung möglicher Interdependenzen ab.

Das zentrale Problem stellt die Qualität der zugrundeliegenden Daten dar; sie beeinflusst maßgeblich die späteren Ergebnisse. Deshalb sollte nur auf repräsentative Stichproben mit einem möglichst großen Stichprobenumfang sowie detaillierten, vollständigen und relevanten Informationen zurückgegriffen werden. Hinreichend gute Datenquellen, die diese Kriterien berücksichtigen sind für die folgenden Modellrechnungen jedoch verfügbar.

## **7.2 Zum Ziel und zur Basis der Simulationsrechnungen**

Ziel der in dieser Arbeit vorgestellten Simulationsrechnungen ist es zu zeigen, welche Auswirkungen die Umsetzung verschiedener Reformvorschläge auf die Finanzierung des Gesundheitswesens haben würde. Für diesen Zweck wird eine Fülle von möglichen Reformen im Modell nachgebildet. Die Konzepte für die hier betrachteten institutionellen Änderungen im Gesundheitswesen reichen von einer Weiterentwicklung der bestehenden GKV, wie die Ausweitung der Bemessungsgrundlage oder die Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze sowie die Ausweitung der Versicherungspflicht, bis zu „revolutionären“ Veränderungen wie Modelle einer Bürgerversicherung, privatwirtschaftlicher Lösungen mit risikoäquivalenten Beiträgen oder einer vollständig steuerfinanzierten Gesundheitsversorgung.

Die Auswirkungen der jeweiligen Reformen werden im Folgenden in einer „Ex post-Analyse“ betrachtet, d.h. es wird unterstellt, dass in einem konkreten Zeitraum der Vergangenheit – hier im Jahre 2001 – die jeweilige Reform im Gesundheitswesen bei sonst unveränderten Bedingungen bereits vollständig umgesetzt war. Ziel ist es, die Wirkungen, die aus den reformbedingten Änderungen der institutionellen Parameter folgen, in Hinblick auf die Einnahmen und Ausgaben der Krankenversicherung zu schätzen. Die finanziellen Auswirkungen werden in erster Linie daran gemessen, wie hoch in der Krankenversicherung die Beitragssätze in Folge der Einnahmen- und Ausgabenveränderungen unter der Hypothese eines ausgeglichenen Haushalts im Vergleich zum Status quo wären. Bei Reformmodellen, die radikale Schritte zur Individualisierung der Kosten des Gesundheitsschutzes vorsehen, wird außerdem eine mögliche Veränderung reformbedingter, zusätzlicher Steuerbelastungen untersucht. Es wird nämlich

unterstellt, dass ein System außerhalb der Krankenversicherung dafür sorgt, die sozialen Härten, die solche Reformen für einige Versichertengruppen mit sich bringen würden, durch einen Solidarausgleich zu mildern. Da dieser in der Regel mit hohem Aufwand für die Allgemeinheit verbunden wäre, wird untersucht, wie sich dessen Finanzierung aus öffentlichen Mitteln unter Berücksichtigung auch der Beiträge zur Krankenversicherung auf das Nettoeinkommen verschiedener Gruppen privater Haushalte auswirken würde.

Um der Vielfalt der verschiedenen bestehenden Regelungen und der potentiellen Neuregelungen sowie den Erfordernissen der detaillierten Analysen der Einkommenswirkungen gerecht zu werden, wird in dieser Untersuchung das Verfahren der Mikrosimulation angewendet, das sich in erster Linie auf die umfangreichen Informationen des Sozio-oekonomischen Panels (SOEP), einer groß angelegten Haushalts- und Personenbefragung, stützt. Bei aller Fülle der Befragungsergebnisse sind diese allerdings keineswegs in jeder Hinsicht dem Zweck der Simulationsrechnungen entsprechend aufbereitet sondern mussten – teilweise mit großem Arbeitsaufwand – um weitere Informationen ergänzt werden. Dies betrifft nicht nur die diffizilen Abgrenzungskriterien für eine dem Sozialversicherungsrecht entsprechende Gliederung der Daten, z.B. nach den verschiedenen Merkmalen des Versicherungsstatus in der Krankenversicherung. Der Versicherungsstatus ist nicht in allen möglichen Ausprägungen unmittelbar aus den Befragungsergebnissen des SOEP zu entnehmen und musste für einige Bevölkerungsgruppen erst unter Heranziehung aller weiteren verfügbaren Informationen und durch Plausibilitätsabwägungen bestimmt werden. Voraussetzung für die Simulation der Beitragssätze war es auch, die Bemessungsgrundlage in der GKV – das Bruttoarbeitsentgelt – zu erfassen, eine Größe, die ebenfalls nicht unmittelbar aus den Daten des SOEP zu entnehmen ist. Vielmehr musste es zunächst generiert werden, indem fehlende Informationen mit Hilfe aufwändiger Methoden der Imputation ergänzt und mit den vorhandenen Daten zu den erforderlichen Aggregaten zusammengesetzt wurden. Die Entwicklung und Anwendung von neuen Verfahren zur Schätzung fehlender Einkommensangaben bildet dabei eine weitere wichtige Grundlage für die Mikrosimulation im Rahmen der vorliegenden Untersuchung.



## 8 Datenbasis - Das Sozio-oekonomische Panel (SOEP)

Das SOEP ist eine seit 1984 jährlich durchgeführte repräsentative Längsschnittbefragung zu sozialen und ökonomischen Tatbeständen in Deutschland (SOEP Group 2001). 1990 wurde das SOEP auf die neuen Bundesländer ausgeweitet, 1994 durch eine gesonderte Zuwandererstichprobe ergänzt und 1998 sowie 2000 durch zwei weitere Stichproben erweitert. 2001 umfasste das SOEP knapp 12.000 Haushalte mit mehr als 22.300 Befragungspersonen und mehr als 6.000 Kindern. Das SOEP weist ein haushaltsbezogenes Erhebungsdesign auf, wobei alle Personen im Haushalt, die das 16. Lebensjahr erreicht haben befragt werden. Als übliches Befragungsinstrument wird das mündliche Face-to-face Interview verwendet, wobei die Teilnahme an der Befragung freiwillig ist. Da das SOEP primär eine Befragung von Personen in privaten Haushalten ist, sind Wohnungslose nicht und Personen in Anstalten nur unzureichend erfasst.

Ein Vorteil des SOEP besteht darin, dass es eine große repräsentative Bevölkerungstichprobe in Deutschland ist, die jährlich<sup>278</sup> relevante Informationen für die folgenden Modellrechnungen zum aktuellen Krankenversicherungsstatus erfasst und gleichzeitig, neben einer Vielzahl weiterer erhobener Indikatoren, detaillierte Einkommensangaben zur Verfügung stellt. Mit diesen Informationen kann ein realitätsnahes Modell zur Bestimmung von Krankenversicherungsbeiträgen der GKV-Versicherten im Status Quo konstruiert werden, die es erlauben, in Modellrechnungen die fiskalischen Konsequenzen verschiedene Reformmaßnahmen zu simulieren.

Das SOEP ist zwar als Stichprobe nicht so groß angelegt wie der Mikrozensus (MZ), aber es ist hinlänglich als repräsentative Stichprobe zur Politikberatung anerkannt (vgl. z.B. Kaltenborn 2000). Ein Vergleich zwischen den Ergebnissen des MZ einerseits und denen des SOEP andererseits mit den Verbandsstatistiken der Krankenkassen zeigt zudem, dass die „... Differenz zwischen den SOEP-Daten und den Krankenkassenerhebungen für alle Jahre bis auf 1991 geringer [sind] als der entsprechende Fehler in der Mikrozensusstichprobe“ (Rohweder 1996: 188).

---

<sup>278</sup> Das die Informationen jährlich erhoben werden ist auch deshalb bedeutsam, da mit dem GSG 1993 erstmalig die freie Kassenwahl für alle Mitglieder in der GKV ermöglicht wurde und dieser Prozess nur mit den Daten des SOEP direkt nachvollziehbar ist. Dies wäre aufgrund ihres Fünfjahres-Erhebungsturnus mit der EVS nicht möglich gewesen; auch der Mikrozensus hätte aufgrund einer unregelmäßigen Schwerpunktbefragung zum Krankenversicherungsschutz keine ausreichende Informationsbasis geliefert

## 8.1 Allgemeine Probleme des Datensatzes

Für die Modellrechnungen, die die Auswirkungen verschiedener Reformansätze auf die Finanzierung im Gesundheitswesen erfassen sollen, ist die Bestimmung der Krankenversicherungsbeiträge erforderlich. Die hierfür notwendigen Informationen sind jedoch nicht ohne weiteres aus den Befragungsergebnissen des SOEP zu gewinnen.

Im SOEP werden vorwiegend Bruttoeinkünfte erfragt. Es bedarf eines Programms zur Simulation der Sozialabgaben- und Steuerbelastung, um verfügbare Einkommen zu generieren. Das hier verwendete Mikrosimulationsprogramm basiert auf dem komplexen Modell von Schwarze (1995), das sich durch seine umfangreiche Berücksichtigung von Regeln des Sozial- und Steuerrechts im SOEP auszeichnet. Da Krankenzusatzversicherungen für die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung nur eine untergeordnete Bedeutung haben, wird dieser Bereich des Versicherungsschutzes im weiteren vernachlässigt. Das Simulationsmodell von Schwarze hat jedoch den Nachteil, dass nur allgemeingültige Regeln des Sozialversicherungs- und Steuerrechts angewendet werden. Für die hier untersuchte Problematik alternativer Finanzierungsformen der Krankenversicherung bedarf es daher einer deutlich detaillierteren Berücksichtigung des Sozialversicherungsrechts und sonstiger Regelungen im Bereich der Krankenversicherung, um diese adäquat zu simulieren. Im Folgenden wird daher auf besondere Probleme des SOEP und die unterstellten Annahmen im Hinblick auf den Versicherungsstatus sowie die Bemessungsgrundlage eingegangen.

## 8.2 Probleme der Erfassung des Versicherungsstatus

Im SOEP werden zwar die an die PKV zu zahlenden Prämien, nicht aber die an die GKV zu entrichtenden Krankenversicherungsbeiträge direkt erfragt. Deshalb ist es notwendig, den institutionellen Rahmen zur Berechnung von Krankenversicherungsbeiträgen genau zu kennen und sie möglichst detailliert zu simulieren.<sup>279</sup> Der aktuelle Status von GKV-Versicherten wird im SOEP folgendermaßen erfragt:

*Sind Sie persönlich*

---

<sup>279</sup> Da nicht für jede kleinste Teilgruppe jede Beitragsregelung simuliert werden kann, sind Vereinfachungen notwendig, auf die im weiteren noch eingegangen wird.

- *beitragszahlendes Pflichtmitglied*
- *beitragszahlendes freiwilliges Mitglied*
- *mitversichertes Familienmitglied*
- *versichert als Rentner / Arbeitsloser / Student / Wehr- oder Zivildienstleistender?*

Die vorgegebenen Antwortkategorien des SOEP entsprechen jedoch nicht exakt den Definitionen des Versicherungsstatus nach dem Sozialgesetzbuch V, da grundsätzlich nur nach Pflicht- und freiwilligen Mitgliedern und Familienversicherten unterschieden wird. Insbesondere die vierte Antwortkategorie erzeugt eine erhebliche Ungenauigkeit in der Erfassung des Versicherungsstatus, da diese Versicherten sowohl pflichtversichertes als auch freiwilliges Mitglied in einer GKV sein können. Der Status "pflichtversichert" oder "freiwillig versichert" in einer Krankenkasse wird grundsätzlich nach den Bedingungen zur Feststellung einer Versicherungspflicht lt. §5 SGB V begründet, ist aber auch abhängig von bestehenden Vorversicherungszeiten in der GKV.<sup>280</sup> Aufgrund der Selbstauskunft kann es zu einer fehlerhaften Zuordnung des Versicherungsstatus kommen, da nicht jedem Versicherten sein spezifischer Status bekannt sein dürfte. Dies gilt insbesondere für Familienversicherte, die in keinem direkten Verhältnis zu einer Krankenkasse stehen. Aber auch für Personen, die im Mutterschafts- bzw. Erziehungsurlaub beitragsfrei weiterversichert werden, dürfte die Angabe des Versicherungsstatus fehlerbehaftet sein, das gleiche trifft auf Lohnersatzleistungsempfänger zu.<sup>281</sup> Insbesondere die Abgrenzung von freiwilligen Mitglieder in der KVdR ist durch vorgegebenen Antwortkategorien ungenau, da sowohl "beitragszahlendes freiwilliges Mitglied" als auch "versichert als Rentner / Arbeitsloser / Student / ..." angegeben werden kann.

---

<sup>280</sup> So ist eine freiwillige Mitgliedschaft in der GKV an bestimmte Voraussetzungen gebunden: (1) In den letzten fünf Jahren vor dem Ausscheiden aus der Versicherungspflicht muss für mindestens 24 Monate oder unmittelbar vor dem Ausscheiden ununterbrochen für mindestens 12 Monate eine Mitgliedschaft in der GKV bestanden haben, (2) Personen, deren Familienversicherung erlischt oder nach § 10 Abs. 3 SGB V nicht besteht, wenn die o.g. Vorversicherungszeiten erfüllt sind, können freiwilliges Mitglied werden, (3) für Personen, die erstmals eine Beschäftigung aufnehmen, muss das Jahresarbeitsentgelt die BBG übersteigen, (4) Schwerbehinderte im Sinne des §1 des Schwerbehindertengesetzes, wenn sie, ein Elternteil oder ihr Ehegatte in den letzten fünf Jahren vor dem Beitritt mindestens drei Jahre versichert waren, es sei denn, sie konnten wegen ihrer Behinderung diese Voraussetzungen nicht erfüllen. Die Satzung der Krankenkasse kann das Recht zum Beitritt von einer Altersgrenze abhängig machen, (5) Arbeitnehmer, deren Mitgliedschaft durch Beschäftigung im Ausland endete, wenn sie innerhalb von zwei Monaten nach Rückkehr in das Inland wieder eine Beschäftigung aufnehmen, können freiwilliges Mitglied werden.

<sup>281</sup> Die Abgrenzung des Versichertenstatus ist auch bei Lohnersatzleistungsempfängern schwierig, da Personen, die vor der Arbeitslosigkeit freiwilliges Mitglied in der GKV waren, weiterhin den Status freiwilliges Mitglied angeben können. Nach §5 Abs. 2 SGB V sind aber Personen, die Arbeitslosengeld, Arbeitslosenhilfe oder Unterhaltsgeld beziehen generell pflichtversichert.

Für Modellrechnungen zur Beitragsbelastung von Krankenversicherungsbeiträgen ist aber eine eindeutige Zuweisung des Versicherungsstatus notwendig. Deshalb wurden die Ergebnisse der Befragung über den Versicherungsstatus, die unzureichende und mitunter unplausible Informationen liefern, durch "informierte" Angaben ergänzt. Diese stützen sich primär auf die Regelungen zur Versicherungspflicht nach §5 SGB V und die jeweiligen Ausführungen in den Satzungen der Krankenkassen sowie weitere im SOEP erhobene Indikatoren, um den Versicherungsstatus zu bestimmen.<sup>282</sup>

### **8.2.1 Gesonderte Annahmen bei Empfängern von laufender Hilfe zum Lebensunterhalt**

Problematisch ist eine exakte Zuweisung von Personen, die über das Sozialamt krankenversichert sind. Da für Personen, die laufende Hilfe zum Lebensunterhalt beziehen nach dem SGB V keine Versicherungspflicht besteht, steht es im Ermessen des Sozialhilfeträgers, ob eine bereits bestehende Mitgliedschaft weitergeführt wird, oder ob der Sozialhilfeträger direkt die Kosten im Krankheitsfalle übernimmt. Verschärfend tritt hinzu, dass eine Weiterführung einer GKV-Mitgliedschaft von bestimmten Vorversicherungszeiten abhängig ist. Eine exakte Festlegung zum Krankenversicherungsstatus dieser Personen ist damit im SOEP nicht möglich. Für die Simulation der Krankenversicherungsbeiträge werden hier die Beitragsregelungen der GKV angewendet, unabhängig vom tatsächlichen Versicherungsstatus. Diese Personen werden aber als "besondere Sicherungsformen" separat ausgewiesen (siehe auch Abschnitt Arbeitgeberbeitrag und Sozialhilfe).

### **8.2.2 Abgrenzungsprobleme der Familienversicherung**

Aufgrund des SOEP-Erhebungskonzepts, nach dem Personen im Alter von 16 und mehr Jahren befragt werden, fehlen Informationen über den Krankenversicherungsschutz von Kindern. Es ist unklar, welche Kinder in der GKV oder PKV versichert sind oder sonstigen Versicherungsschutz genießen. Daneben besteht das Problem, dass nicht im Haus-

---

<sup>282</sup> Wenn eine Person bspw. den Status "beitragsfrei familienversichertes Mitglied" angab, aber Einkommen aus einer abhängigen Beschäftigung oberhalb der Geringfügigkeitsgrenze und unterhalb der BBG bezog, wurde angenommen, dass Beitragspflicht zur GKV nach den Richtlinien von Pflichtmitgliedern besteht. Entsprechend fanden die Beitragsregelungen für Pflichtmitglieder Anwendung bei Befragten, die eine Rente der GRV oder Versorgungsbezüge über der Geringfügigkeitsgrenze beziehen. Gesonderte Annahmen gelten bei Selbständigen. Selbständige, die angeben, pflichtversichert in der GKV zu sein, werden als freiwillig versichert eingestuft, wenn sie bereits im Vorjahr selbständig waren oder ein Einkommen aus Selbständigkeit bezogen, das über dem Einkommen aus einer abhängiger Beschäftigung liegt.

halt des Befragten lebende familienversicherte Kinder und Ehepartner nicht erfasst werden.

Kinder werden beitragsfrei in der GKV mitversichert, es sei denn, es liegt ein Ausschlusskriterium laut §10 SGB V vor. Dies ist insbesondere dann der Fall, wenn der Ehegatte des Mitglieds nicht selbst bei der GKV (sondern im Regelfalle bei der PKV) versichert ist und bestimmte Einkommensgrenzen überschreitet (vgl. BVerfG 2003). Kinder von nichtehelichen Lebensgemeinschaften sind dagegen grundsätzlich beitragsfrei in der GKV familienversichert. Hier wird folgende Annahme getroffen: Falls alle erwachsenen Personen im Haushalt in der PKV versichert sind, gilt das auch für die Kinder im Haushalt. Entsprechendes wurde für Versicherte in der Freien Heilfürsorge unterstellt, da Anspruch auf Krankenbehandlung durch die Freie Heilfürsorge auch für Ehepartner und Kinder besteht.

## **9 Methodische Grundlagen und ausgewählte Weiterentwicklungen zur Vervollständigung von Einkommensangaben im SOEP**

### **9.1 Das Problem fehlender Angaben (Item-Non-Response) und Konsistenzprüfung**

Ein grundsätzliches Problem jeder freiwilligen Bevölkerungsbefragung liegt in der Antwortverweigerung (Item und Unit Non-response).<sup>283</sup> Eine vollständige Datenbasis ohne Missing Values ist aber Grundlage für aussagekräftige verzerrungsfreie Ergebnisse.

Insbesondere Einkommensangaben zählen zu den sensiblen Befragungsteilen, was einen hohen Anteil an Item Non-response zur Folge hat (vgl. Schräpler 2002: 4). Dieser ist aber nach Einkommensart unterschiedlich stark ausgeprägt (Tabelle 19). Typischerweise haben Angaben zum Einkommen aus selbständiger Erwerbstätigkeit und zu Einkünften aus Zinsen und Dividenden einen hohen Anteil von Item-Nonresponse. Dieser macht im SOEP zwischen reichlich 15% und 25% aus. Im Gegensatz dazu sind eigene Renten oder das Kindergeld Einkommensarten, die als wenig problematisch im Hinblick auf

---

<sup>283</sup> Das Problem des Unit-non-response im SOEP ist durch eine detaillierte Ausfallanalyse berücksichtigt. Erfolgreich weiterbefragte Personen mit vergleichbaren Charakteristika, wie diejenigen mit einem vollständigem Ausfall, erhalten mittels einer Gewichtung die inverse geschätzte Wahrscheinlichkeit für eine erfolgreiche Beobachtung (vgl. Spieß und Pannenberg 2003).

fehlende Angaben angesehen werden können. Hier liegt der entsprechende Anteil fehlender Beobachtungen im SOEP bei unter 5%. Problematisch für die hier vorgenommenen Simulationsrechnungen sind aber vor allem fehlende Angaben zur Höhe des Einkommens aus abhängiger Beschäftigung (zwischen 5% und 9%), da dieses die primäre Bemessungsgrundlage für Versicherte in der GKV darstellt.<sup>284</sup> Eine Korrektur dieser fehlenden Einkommensangaben ist daher für die folgenden Modellrechnungen zwingend notwendig.

**Tabelle 19: Inzidenz von Item-Nonresponse ausgewählter Einkommen im SOEP**

Einkommensart		1986	1993	2001
		in % der Befragten Personen		
Einkommen aus abhängiger Beschäftigung	beobachtet	95.0	94.2	90.8
	fehlende Angabe	5.0	5.8	9.2
Weihnachtsgeld	beobachtet	95.9	96.4	93.7
	fehlende Angabe	4.1	3.6	6.3
Einkommen aus Selbständigkeit	beobachtet	82.1	85.6	74.3
	fehlende Angabe	17.9	14.4	25.7
Eigene Renten	beobachtet	91.2	94.3	97.2
	fehlende Angabe	8.8	5.7	2.7
Zinsen und Dividenden	beobachtet	81.0	87.7	86.1
	fehlende Angabe	19.0	12.3	13.9
Kindergeld	beobachtet	99.2	97.9	95.6
	fehlende Angabe	0.8	2.1	4.4

Quelle: SOEP, Erhebungsjahre 1986, 1993 und 2001; ungewichtete Ergebnisse.

Angaben zum Krankenversicherungsstatus stellen demgegenüber kaum ein Problem der Antwortverweigerung dar. So gaben bei der Frage nach der Art der Krankenversicherung im SOEP (GKV, PKV oder weder-noch) im Jahre 2001 (Welle R) nur 6 von mehr als 22.300 Personen keine Antwort.<sup>285</sup>

Eine höhere Antwortverweigerung ergibt sich bei der Höhe der Krankenversicherungsprämie von PKV-Versicherten. Lagen Informationen aus dem Vorjahr vor, wurden diese

<sup>284</sup> Der überwiegend höhere Anteil an Item-Nonresponse für das ausgewiesene Jahr 2001 im Vergleich zu den Vorjahren, erklärt sich fast ausschließlich durch die Berücksichtigung einer neuen vergleichsweise großen Zusatzstichprobe. In den ersten beiden Erhebungswellen einer jeden neuen Panelstichprobe kommt es zu einem erhöhten Anteil an Item-Nonresponse. Frick und Grabka (2003a) zeigen, dass die Wahrscheinlichkeit für Item-Nonresponse in diesen ersten Wellen einer jeden Erhebung signifikant erhöht ist.

<sup>285</sup> Beim Versicherungsstatus wurde eine eingehende Prüfung anhand von Kontrollvariablen – wie Erwerbsstatus, Arbeitszeit, Einkommenshöhe, etc. und eventueller Angaben des Vorjahres – vorgenommen und bei Vorliegen von Item-Non response ein Versicherungsstatus generiert.

stellvertretend für einen fehlenden Wert eingesetzt (76 mal). Fehlte jedoch diese Information (82 mal), wurde diese mittels einer hedonischen Regressionsanalyse (vgl. Oaxaca 1973) imputiert. Als exogene Variablen wurden das Alter, das Geschlecht, die Zahl der Mitversicherten und der Beamtenstatus ins Modell einbezogen. Die sich aus den Regressionskoeffizienten ergebenden geschätzten Prämien wurden nun vergleichbaren Personen mit fehlender Antwortkategorie zugewiesen.<sup>286</sup>

Neben der Imputation von fehlenden Werten wurde auch eine Prüfung auf Konsistenz der Angaben vorgenommen. Neben Antworten, die sich nach dem Sozialgesetzbuch V ausschließen, wurde auch auf widersprüchliche Angaben, wie z.B. eine gleichzeitige Versicherung bei mehreren Versicherungsgesellschaften oder Krankenkassen oder mehrere Versicherungsformen (pflicht- und freiwilligversichert) geprüft und gegebenenfalls korrigiert.

## **9.2 Weiterentwicklungen der Methode zur Imputation von Einkommensangaben des Sozio-oekonomischen Panels (SOEP)**

Eine wesentliche Weiterentwicklung der methodischen Grundlagen, die im Zuge der vorliegenden Arbeit entstanden ist, stellt die Vollimputation von Item-Nonresponse bei Einkommensangaben im SOEP dar.<sup>287</sup> In den Originaldaten des SOEP werden grundsätzlich keine Imputationen vorgenommen. Eine Beschränkung der Analyse auf Untersuchungseinheiten mit allein validen Angaben kann aber zu einer Selektion führen, die die Repräsentativität der Ergebnisse stark beeinträchtigt und zu Verzerrungen führen kann. So zeigt sich in den Analysen von Frick und Grabka (2003a), dass sowohl das Einkommensniveau als auch die Streuung der Einkommen in Berechnungen, die nur auf Basis beobachteter Werte beruhen, erheblich unterschätzt wird.<sup>288</sup>

Es ist daher notwendig, Fehler zu korrigieren, die durch fehlende Angaben – im vorliegenden Fall vor allem beim Einkommen – entstehen. Die bekannteste Methode der

---

<sup>286</sup> Allerdings musste bei diesem Vorgehen hingenommen werden, dass die entsprechend geschätzte Varianz nur gering war ( $R^2 = 0.26$ ). Aufgrund der geringen Fallzahl der zu imputierenden Fälle wurde auf eine varianzerhaltende Schätzung verzichtet, da dies keinen erheblichen Informationsgewinn bedeutet hätte.

<sup>287</sup> Zum Umfang von Item-Nonresponse bei Einkommensangaben im SOEP und für nähere Informationen zu den verwendeten Imputationen vgl. Frick und Grabka (2003a), Grabka und Frick (2003).

<sup>288</sup> Vgl. zur Problematik einer Analyse der personellen Einkommensverteilung allein auf Basis nur beobachteter Werte im Vergleich zu beobachteten und imputierten Angaben: Frick und Grabka (2003a).

Korrektur von Item-Nonresponse stellt die Imputation dar, d.h. fehlende Werte werden durch "plausible" Werte ersetzt.<sup>289 290</sup>

Für die Imputation von fehlenden Einkommensangaben im SOEP wird hier ein zweistufiges Verfahren angewendet, welches zum Teil vollständig neu entwickelt wurde.<sup>291</sup> Dies sind:

- längsschnittbasierte Imputationen nach Little und Su (1989) und
- differenzierte querschnittbasierte Imputationen.

### **9.2.1 Das "Row-and-Column" Imputationsverfahren nach Little und Su**

Die Imputation von Item-non-response bei Einkommensangaben im SOEP erfolgt hier in einem zweistufigen Verfahren. Als primäre Methode wird das von Little und Su (1989) entwickelte sogenannte "Row-and-Column"-Imputationsverfahren seit nahezu 10 Jahren standardmäßig angewendet. Dessen Vorteil besteht darin, dass sowohl Quer- als auch Längsschnittinformationen genutzt werden, die sowohl Trends als auch individuelle Verläufe berücksichtigen, um fehlende Antwortangaben zu ersetzen.<sup>292</sup> Zudem wird die Varianz nicht künstlich reduziert sondern weitgehend erhalten.<sup>293</sup>

Durch die Berücksichtigung von Längsschnittinformationen zählt dieses Imputationsverfahren zu einem der qualitativ hochwertigsten Verfahren, da es erwartungstreu und effizient ist und konsistente Schätzer mit einer geringen Verzerrung der Varianz liefert.<sup>294</sup>

---

<sup>289</sup> Eine andere Möglichkeit der Korrektur besteht in der Gewichtung. Als nachteilig erweist sich hierbei aber, dass es zu einer erheblichen Reduktion der zugrunde liegenden Beobachtungen kommen kann und Informationen über Einheiten, für die teilweise Angaben vorliegen, verloren gehen.

<sup>290</sup> Als Voraussetzung wird hier die Annahme getroffen, dass der Ausfallprozess dem Prinzip des "missing at random" (MAR) folgt, d.h. die fehlenden Werte werden als Zufallsstichprobe für gegebene beobachtete Werte angesehen (vgl. Rässler 2000: 65). Zur Problematik fehlender Werte und deren Ersetzung vgl. Little und Rubin (1987), Little (1988).

<sup>291</sup> Diese werden inzwischen standardmäßig für andere Nutzer des SOEP zur Verfügung gestellt.

<sup>292</sup> Zu den Details dieses Verfahrens vgl. Butrica (1994).

<sup>293</sup> Zu beachten ist aber, dass die Imputationsergebnisse basierend auf dem L&S-Verfahren verzerrt sein können, wenn der Missing-Prozess keinem Zufallsverfahren folgt. Dies gilt vor allem im Falle von Personen mit antizyklischen Einkommensverläufen.

<sup>294</sup> Vgl. zur Verbesserung von Imputationsergebnissen durch die Berücksichtigung von Längsschnittinformationen (Spieß und Goebel 2003). Nur Methoden der multiplen Imputation stellen – nach der Güte des statistischen Schätztheorie – verbesserte Verfahren dar, doch ist deren praktische Umsetzung mit erheblichen technischen Problemen verbunden. Multiple Imputationen bringen einen erheblichen Pro-



Der imputierte Wert beim "Row-and-Column"-Verfahren ergibt sich aus der Kombination eines "Row-" und eines "Column-Effektes" sowie einem Residuum:

$$imputation = (row\ effect) (column\ effect) (residual).$$

Der "Column-Effekt" beschreibt die Längsschnittepisoden und ist definiert als :

$$c_j = (19 \bar{Y}_j) / \sum_{k=1}^{19} \bar{Y}_k \quad \text{wobei } k = 1, \dots, 19 \text{ (für alle verfügbaren Wellen des SOEP,}$$

derzeit 19 Wellen von 1984-2002) und  $\bar{Y}_j$  der Mittelwert einer Einkommensart im Jahre  $j$  ist. Damit enthält  $c_j$  einen Trendeffekt für die zu imputierende Einkommensart.

Der "Row-Effekt" beschreibt die Querschnittskomponenten und ergibt sich aus:

$$r_i = m_i^{-1} \sum_{j=1}^{19} (Y_{ij} / c_j) \quad \text{und wird für jedes Stichprobenmitglied berechnet.}$$

$Y_{ij}$  ist dabei das Einkommen des Individuum  $i$  im Jahre  $j$  und  $m_i$  ist die Zahl der Beobachtungspunkte für das Individuum  $i$ . Der "Row-Effekt"  $r_i$  wird sortiert und die fehlende Einkommensangabe mit der Information des "nächsten Nachbarn" mit vollständiger Information  $l$  ersetzt. Der imputierte Wert  $Z_{ij}$  ergibt sich damit aus:

$$Z_{ij} = [r_i] [c_j] [Y_{lj} / (r_l c_j)] .$$

Die drei Klammerausdrücke repräsentieren somit den *Row-* und *Column-Effekt* und das *Residuum*. Die beiden ersten Ausdrücke geben den geschätzten Mittelwert und der letzte Ausdruck gibt die stochastische Komponente der Imputation an.

**Ein Beispiel:** Für die folgenden vier dargestellten Personen ist fiktiv angenommen, dass die Information zum Einkommen aus abhängiger Beschäftigung in der Erhebung der Welle R (2001) fehlen würde und deswegen imputiert werden müsste. Es stehen aber für diese Personen aus anderen Wellen des SOEP valide Einkommensinformationen zur Verfügung.

<i>lfd. Nummer</i>	$Y_{i84}$	$Y_{i85}$	$Y_{i86}$	$Y_{i87}$	$Y_{i88}$	$Y_{i89}$	$Y_{i90}$	$Y_{i91}$	$Y_{i92}$	$Y_{i93}$
1	B	2600	2900	2900	3200	3300	3600	4000	4000	4200
2	.	.	B	B	650	B	B	B	B	1500
3	1500	1300	1800	1400	1650	1800	1902	2050	2300	2700
4	.	.	.	.	.	B	B	B	B	1800

<i>lfd. Nummer</i>	$Y_{i94}$	$Y_{i95}$	$Y_{i96}$	$Y_{i97}$	$Y_{i98}$	$Y_{i99}$	$Y_{i100}$	$Y_{i101}$	$Y_{i102}$
1	3800	3800	3700	3800	3800	3850	A	A	4009
2	B	B	2400	3100	3050	3500	4600	C	5198
3	3200	3000	3200	3200	3400	C	3400	C	3453
4	B	2400	2800	4000	2800	2800	B	C	2346

Als Grundlage für die längsschnittbasierte Imputation muss der sogenannte "Row- and Column-Effekt" berechnet werden. Der "Column-Effekt"  $c_j$  für z.B. das Erhebungsjahr 1984 ergibt sich dabei aus:  $c_{84} = 19 * \text{mean}_{84} / (\text{sum}(\text{of } \text{mean}_{84} - \text{mean}_{102}))$ , wobei  $\text{mean}_{84} - \text{mean}_{102}$  die jeweiligen Populationsmittelwerte bezogen auf das Einkommen aus abhängiger Beschäftigung sind.

<b>Column-Effekt <math>c_j</math></b>	$c_{84}$	$c_{85}$	$c_{86}$	$c_{87}$	$c_{88}$	$c_{89}$	$c_{90}$	$c_{91}$	$c_{92}$	$c_{93}$
	0.7577	0.7734	0.7922	0.8098	0.8296	0.8684	0.9024	0.9329	0.8482	0.9182

<b>Column-Effekt <math>c_j</math></b>	$c_{94}$	$c_{95}$	$c_{96}$	$c_{97}$	$c_{98}$	$c_{99}$	$c_{100}$	$c_{101}$	$c_{102}$
	0.9790	1.0081	1.0627	1.0909	1.1121	1.1336	1.1909	1.2012	1.3815

Der individuelle "Row-Effekt"  $r_i$  wird in zwei Schritten berechnet. Zunächst wird jede Welle des SOEP ein wellenspezifischer "Row-Effekt"  $r_{ij}$  berechnet. Dieser ergibt sich z.B. für die Erhebungswelle 1984 aus dem individuellen Einkommen und dem bereits errechneten "Column-Effekt":  $r_{i84} = Y_{i84} / c_{84}$ .

<i>lfd. Nummer</i>	$r_{i84}$	$r_{i85}$	$r_{i86}$	$r_{i87}$	$r_{i88}$	$r_{i89}$	$r_{i90}$	$r_{i91}$	$r_{i92}$	$r_{i93}$
1	.	3361	3660	3581	3857	3800	3989	4287	4715	4573
2	.	.	.	.	783	.	.	.	.	1633
3	1979	1680	2272	1728	1988	2072	2107	2197	2711	2940
4	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1960

<i>lfd. Nummer</i>	$r_{i94}$	$r_{i95}$	$r_{i96}$	$r_{i97}$	$r_{i98}$	$r_{i99}$	$r_{i100}$	$r_{i101}$	$r_{i102}$
1	3881	3769	3481	3483	3416	3396	.	.	2902
2	.	.	2258	2841	2742	3087	3862	.	3762
3	3268	2975	3010	2933	3057	.	2854	.	2499
4	.	2380	2634	3666	2517	2469	.	.	1698

Im zweiten Schritt ergibt sich nun der individuelle "Row-Effekt"  $r_i$  aus dem Mittelwert aller wellenspezifischen "Row-Effekte":  $r_i = m_i^{-1} \sum_{j=1}^{19} r_{ij}$ . Wobei  $m_i$  die Zahl der Beobachtungspunkte für das Einkommen aus abhängiger Beschäftigung für das Individuum  $i$  ist.

<i>lfd. Nummer</i>	$m_i$	<b>Row-Effekt <math>r_i</math></b>
1	16	3759,75
2	9	2855,59
3	18	2495,69
4	7	2475,44

Der "Row-Effekt"  $r_i$  wird sortiert und ein "nächster Nachbar" mit vollständiger Information  $l$  für die Personen mit fehlenden Einkommen aus abhängiger Beschäftigung in der Welle R (2001) gesucht. Hierbei wird die Lag-Funktion genutzt, bei der für die vorangegangenen 25 Personen nach einer validen Einkommensangabe gesucht wird.

<i>Lag</i>	<i>lfd. Nr.</i>	$Y_{i101}$	$r_i$	<i>lfd. Nr.</i>	$Y_{i101}$	$r_i$	<i>lfd. Nr.</i>	$Y_{i101}$	$r_i$	<i>lfd. Nr.</i>	$Y_{i101}$	$r_i$
<b>0</b>	<b>1</b>	<b>A</b>	<b>3759,79</b>	<b>2</b>	<b>C</b>	<b>2855,59</b>	<b>3</b>	<b>C</b>	<b>2495,69</b>	<b>4</b>	<b>C</b>	<b>2475,44</b>
1	840	<b>5400</b>	3759,75	502	<b>3600</b>	2855,42	102	<b>2850</b>	2495,63	902	<b>3350</b>	2475,13
2	701	.	3759,69	301	3500	2855,23	905	3000	2495,42	1007	.	2475,08
3	501	4463	3759,60	702	.	2854,93	201	.	2495,41	907	B	2474,92
...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
23	5603	.	3755,11	101	3800	2854,59	402	.	2492,05	804	.	2471,48
24	204	.	3755,11	103	.	2854,45	403	.	2491,97	904	A	2471,35
25	801	5500	3754,22	604	.	2854,36	401	.	2491,72	302	B	2470,91

Für die hier vier ausgewählten Personen, kann bereits für den ersten "nächsten Nachbar" ein valider Wert gefunden werden. In den Fällen wo kein valider Wert bei einem nächsten Nachbar gefunden wird, versagt das längsschnittbasierte Imputationsverfahren und eine zusätzliche querschnittsbezogene Imputation ist notwendig.

<i>lfd. Nummer</i>	<b>Row-Effekt <math>r_i</math> für die zu imputierende Person</b>	<i>Nächster Nachbar (lfd. Nummer)</i>	<b>Row-Effekt <math>r_i</math> für den nächs- ten Nachbar</b>	<i><math>Y_i</math> des nächsten Nachbarn</i>	$\hat{Y}_i$
1	3759,79	840	3759,75	5400	5400
2	2855,59	502	2855,42	3600	3600
3	2495,69	102	2495,63	2850	2850
4	2475,44	902	2475,13	3350	3350

Letztlich ergibt sich hier der zu imputierende Wert  $\hat{Y}_i$  aus:  $\text{int}(\text{round}(Y_{l0l} (r_i / r_l)))$ , wobei  $r_i$  der "Row-Effekt" des zu imputierenden Individuums  $i$ ,  $r_l$  der "Row-Effekt" des nächsten Nachbarn  $l$  mit valider Information und  $Y_{l0l}$  das Einkommen des nächsten Nachbarn  $l$  für die Erhebung des Jahres 2001 ist.<sup>295</sup>

Ein wesentlicher Nachteil der sogenannten "Row and Column"-Methode besteht aber darin, dass bei Fehlen von Längsschnittinformationen – wie z.B. bei einer individuell einmalig oder allgemein erstmalig erhobenen Einkommensinformation – keine Ersetzung der fehlenden Angaben vorgenommen werden kann. In diesen Fällen ist es notwendig ein zweites Imputationsverfahren anzuwenden, welches in konventioneller Weise auf rein querschnittsbasierten Informationen beruht.

Aufgrund der Vielzahl unterschiedlicher Einkommenskomponenten wurde je nach Relevanz und quantitativer Bedeutung ein unterschiedliches Ersetzungsverfahren entwickelt.<sup>296</sup> Dies sind:

- Fixe Wertersetzung: aufgrund bestehender Regelungen und Verordnungen sind Einkommensangaben bekannt (z.B. Kindergeld, Pflegeversicherung),
- Median Substitution: fehlende Einkommenskomponenten werden mittels des Median aller validen Angaben ersetzt. Diese sehr vereinfachende Imputation wurde nur für Einkommensangaben mit einer sehr geringen Fallzahl von fehlenden Angaben und geringer Relevanz verwendet (z.B. Wehrsold oder Zivildienstvergütung). Der Median ist wegen seiner Robustheit gegenüber Ausreißer ein besser geeignetes statistisches Maß als z.B. das arithmetische Mittel.
- Median Substitution für Subgruppen:<sup>297</sup> gegliedert nach Subgruppen, wird der jeweilige gruppenspezifische Median zugewiesen,
- individuelle Anteilssubstitution mittels Median: basierend auf validen Angaben wird der durchschnittliche Anteil einer Einkommenskomponente an einer anderen Ein-

<sup>295</sup> Im vorliegenden Beispiel ist das Residuum so klein, dass durch Rundung und Beschränkung auf den ganzzahligen Rest sich das gleiche Einkommen als Imputationsergebnis ergibt, wie das Einkommen des nächsten Nachbarn.

<sup>296</sup> Eine Ausnahme stellen Steuern und Sozialabgaben dar, die vollständig auf Basis eines eigenen Mikrosimulationsmodells generiert werden (vgl. Schwarze 1995).

<sup>297</sup> Diese Imputation wurde nur bei Einkommensangaben mit geringer Relevanz und relativ geringer Streuung vorgenommen (z.B. Bafoeg).

kommensart berechnet. Dieser durchschnittliche Anteilswert wird den Untersuchungseinheiten mit fehlenden Angaben zugewiesen,<sup>298</sup> und

- regressionsbasierte Substitution mit variierendem Kovariatensatz.<sup>299</sup>

### 9.2.2 Querschnittsbasierte Imputationen im SOEP

Die querschnittsbezogenen Imputationen werden hier exemplarisch nur für die der Mikrosimulation zugrundeliegende Erhebung der Welle R (2001) des SOEP dargestellt.

#### 9.2.2.1 Imputationen auf der Personenebene

##### 9.2.2.1.1 Individuelles Erwerbseinkommen aus abhängiger Beschäftigung (RP2A03)

Die Imputation des individuellen Erwerbseinkommen aus abhängiger Beschäftigung (RP2A03) erfolgt in zwei verschiedenen Regressionsmodellen in Abhängigkeit vom aktuellen Erwerbsstatus. In Anlehnung an das Standardverfahren zur Schätzung von Einkommen nach Mincer (1958) und in Abhängigkeit der Verfügbarkeit relevanter Informationen im SOEP, wurden die entsprechenden Kovariaten für die hier verwendeten Regressionsgleichungen ausgewählt.<sup>300</sup>

Modell 1, für derzeit Vollzeit- oder Teilzeitbeschäftigte:

$$\text{RP2A03} = [\text{EDUCATION}] + [\text{NATIONALITY}] + [\text{INDUSTRY}] + [\text{COMPANY SIZE}] + [\text{AGE}] + [\text{AGE}^2] + [\text{SEX}] + [\text{OCCUPATION}] + [\text{MARITAL STATUS}] + [\text{EMPLOYMENT STATUS}] + [\text{PUBLIC/PRIVATE}] + [\text{REGION}] + [\text{SAMPLE}]$$

---

<sup>298</sup> Ein Beispiel: der Anteil des Weihnachtsgeldes am durchschnittlichen monatlichen Erwerbseinkommens im privaten Sektor macht rund 35% aus. Bei fehlender Angabe zum Weihnachtsgeld wird nun der durchschnittliche Anteil dem individuellen monatlichen Erwerbseinkommen zugewiesen und so eine Schätzung des Weihnachtsgeldes vorgenommen.

<sup>299</sup> Regressionsbasierte Imputationen wurden vorrangig für Einkommen mit hoher Relevanz angewendet. Hierzu zählen bspw. "Mincer-type"-Regressionsen für Erwerbseinkommen aus abhängiger Beschäftigung, modifizierte "Mincer-type"-Regressionsen für Einkommen aus Selbständigkeit oder auch für Einkommen aus Renten und Pensionen.

In der Datenbasis, die den Simulationen zugrundeliegt (SOEP zum Stand 2003) wurde noch keine Varianzerhaltung vorgenommen. Massgeblich war hier zunächst, eine vollständige Imputation für *alle* Einkommensvariablen und *alle* Erhebungswellen des SOEP zu erreichen. Problematisch war die rein technische Umsetzung der Varianzerhaltung, die sich zunächst als sehr aufwendig erwies. In einer künftigen Revision der Imputationsalgorithmen wird dieser Nachteil bereinigt sein. Es ist aber grundsätzlich anzumerken, dass nur ein sehr geringer Anteil des Item-Nonresponse überhaupt auf Grundlage querschnittbezogener Imputationen basiert und demnach die Varianz nur marginal durch dieses Vorgehen reduziert wird. Zudem kann bei der Regressionsanalyse für das Einkommen aus abhängiger Beschäftigung ein  $R^2$  von knapp 60% erzielt werden; damit wird ein Großteil der Varianz selbst bei Anwendung dieser Imputationsmethode erhalten.

### Regressionsergebnis im Modell 1 für Welle R:

Variable	DF	Parameter Estimate	Standard Error	t Value	Pr >  t
Intercept	1	-4601.49598	217.96467	-21.11	<.0001
rdberufb	1	336.70766	45.68515	7.37	<.0001
rdfhaus	1	669.86521	70.65390	9.48	<.0001
rduni	1	1285.03438	74.91011	17.15	<.0001
dnationr	1	-86.41103	74.12712	-1.17	0.2438
dbran1r	1	-488.70038	124.17523	-3.94	<.0001
dbran3r	1	-331.98640	38.04333	-8.73	<.0001
dbran4r	1	284.48783	90.28034	3.15	0.0016
betrgrr	1	115.91367	6.37756	18.18	<.0001
ralter	1	219.80471	10.17831	21.60	<.0001
ralter2	1	-2.33227	0.12137	-19.22	<.0001
SEX	1	807.59187	36.70509	22.00	<.0001
beruf2r	1	173.30569	47.96096	3.61	0.0003
beruf3r	1	963.84605	49.61157	19.43	<.0001
beruf4r	1	2263.61185	61.26906	36.95	<.0001
beruf5r	1	3956.22110	110.35751	35.85	<.0001
beruf6r	1	321.89687	164.00313	1.96	0.0497
verheirr	1	95.34613	38.71343	2.46	0.0138
vollzr	1	1614.36442	45.95320	35.13	<.0001
oeffdr	1	-212.63863	42.32111	-5.02	<.0001
rerwzei2	1	18.69732	2.12681	8.79	<.0001
westdr	1	700.12061	53.30108	13.14	<.0001
bsampr	1	-163.53278	81.79438	-2.00	0.0456
csampr	1	-202.16638	66.86068	-3.02	0.0025
dsampr	1	-158.41288	83.09372	-1.91	0.0566
esampr	1	-97.24110	71.43726	-1.36	0.1735
fsampr	1	-142.14204	40.98365	-3.47	0.0005
R-Square: 0.5990		Adj R-Sq: 0.5980			

### Modell 2, für derzeit nicht Vollzeit- oder Teilzeitbeschäftigte:

RP2A03 = [EDUCATION] + [NATIONALITY] + [INDUSTRY] + [COMPANY SIZE] + [AGE] + [AGE<sup>2</sup>] + [SEX] + [OCCUPATION] + [MARITAL STATUS] + [EMPLOYMENT STATUS] + [PUBLIC/PRIVATE] + [REGION] + [SAMPLE]

### Regressionsergebnis im Modell 2 für Welle R:

Variable	DF	Parameter Estimate	Standard Error	t Value	Pr >  t
Intercept	1	-1287.81855	680.97545	-1.89	0.0590
rdberufb	1	353.01774	146.01683	2.42	0.0158
rdfhaus	1	1374.35729	253.94501	5.41	<.0001
rduni	1	2599.96972	276.60365	9.40	<.0001
dnationr	1	131.42740	269.79814	0.49	0.6263
ralter	1	88.97695	31.00964	2.87	0.0042
ralter2	1	-0.62697	0.36311	-1.73	0.0846
SEX	1	1338.85415	115.64730	11.58	<.0001
nwunempr	1	-10.47683	145.32987	-0.07	0.9425
nwsecjor	1	256.29160	236.58580	1.08	0.2790
nwpast7r	1	-160.33980	250.86066	-0.64	0.5229
nwregser	1	-147.77408	271.37785	-0.54	0.5862
verheirr	1	51.93120	143.66784	0.36	0.7178
rkzahlg	1	-143.37102	75.41879	-1.90	0.0577
westdr	1	720.24203	177.12743	4.07	<.0001
bsampr	1	-77.57962	325.78732	-0.24	0.8118
csampr	1	9.09600	234.84945	0.04	0.9691
dsampr	1	-322.73035	308.18489	-1.05	0.2953
esampr	1	-114.04360	255.83144	-0.45	0.6559

<sup>300</sup> Dieses Vorgehen leitet sich aus der Arbeit von Reitz et al. (1999: 413) ab, die bei einer vergleichbaren Fragestellung die abhängige Variable direkt in metrischer Form verwendeten.

```

fsampr      1      -63.89658      164.94323      -0.39      0.6986
nwmatrr     0      .      .      .      .
R-Square: 0.3642      Adj R-Sq: 0.3493

```

### Kovariatenansatz:

- [NATIONALITY]: Dummy-Variable für die Nationalität: (1) = Deutsch, (0) andere Nationalität
- [INDUSTRY]: 4 Dummy-Variablen für den Wirtschaftszweig (RNACE)  
primärer Sektor, (2) produzierender Sektor, (3) allgemeiner Dienstleistungssektor, (4) Finanzdienstleistungssektor
- [COMPANY SIZE]: Betriebsgröße (BETR01)
- [SEX]: Geschlecht: (0) = weiblich, (1) = männlich
- [AGE]: Alter des Befragten (abgeleitet von der Variable GEBJAHR)
- [AGE<sup>2</sup>]: AGE\*AGE
- [EDUCATION]: 3 Dummy-Variablen auf Basis der Zahl der Ausbildungsjahre (RBILZEIT): (1) kleiner gleich 11 Jahre; (2) 12-14 Jahre; und (3) mehr als 14 Jahre in Ausbildung
- [OCCUPATION]: 11 Dummy-Variablen (basierend auf RP4001 to RP4005)  
(1) ungelernte oder angelernte Arbeiter und Angestellte;  
(2) gelernte Facharbeiter, einfache Angestellte, Beamte des einfachen oder mittleren Dienstes;  
(3) Vorarbeiter, Angestellte mit qualifizierten Tätigkeiten, Beamte des gehobenen Dienstes;  
(4) Meister, Polier, hochqualifizierte Angestellte, Beamte des höheren Dienstes;  
(5) Angestellte mit Führungsaufgaben;  
(6) Selbständige Landwirte;  
(7) Freiberufler;  
(8) Selbständige ohne Mitarbeiter;  
(9) Selbständige mit weniger als 9 Mitarbeitern;  
(10) Selbständige mit 9 und mehr Mitarbeitern;  
(11) mithelfende Familienmitglieder
- [MARITAL STATUS]: Dummy-Variable für den Familienstand (RFAMSTD):  
(1) verheiratet zusammen-/ getrennt lebend, (0) ansonsten
- [EMPLOYMENT]: Dummy-Variable für derzeitigen Erwerbsstatus (RP12)  
(1) Vollzeitbeschäftigt, in Ausbildung; (2) Teilzeitbeschäftigt, geringfügig beschäftigt; (3) ansonsten
- [PUBLIC/PRIVATE]: Dummy-Variable für öffentlichen bzw. privaten Sektor (OEFFD01): (1) öffentlicher Sektor, (0) privater Sektor
- [JOB TENURE]: Beschäftigungsdauer bei aktuellem Arbeitgeber (RERWZEIT)
- [LABOR FORCE]: 6 Dummy-Variable bezogen auf den Labour-Force-Status (LFS01): (1) nicht erwerbstätig (nw), nw – 65 Jahre und älter, nw – in Ausbildung, nw – Wehr- oder Zivildienst;  
(2) nw – Erziehungsurlaub; (3) nw – arbeitslos; (4) nw – aber gelegentliche Nebenerwerbstätigkeit; (5) nw – aber erwerbstätig in den letzten 7 Tagen; (6) nw – aber regelmäßige Nebenerwerbstätigkeit

[#CHILDREN]: Zahl der Kinder bis 16 Jahren im Haushalt (RKZahl)  
 [REGION]: Dummy-Variable für Ost- bzw. Westdeutschland:  
 (1) = Westdeutschland, (0) = Ostdeutschland (RSAMPREG)  
 [SAMPLE]: 7 Dummy-Variablen zur Unterscheidung der jeweiligen  
 Stichproben im SOEP (PSAMPLE A bis F).

#### 9.2.2.1.2 Einkommen aus selbständiger Tätigkeit (RP2B03)

Die Imputation von Selbständigeneinkommen erfolgt in zwei unterschiedlichen Regressionsmodellen:<sup>301</sup>

Modell 1, für derzeit Selbständige:

$$\text{RP2B03} = [\text{SEX}] + [\text{AGE}] + [\text{AGE}^2] + [\text{EDUCATION}] + [\text{OCCUPATION}] + [\text{MARITAL STATUS}] + [\text{EMPLOYMENT}] + [\text{REGION}] + [\text{SAMPLE}]$$

Regressionsergebnis im Modell 1 für Welle R:

Variable	DF	Parameter Estimate	Standard Error	t Value	Pr >  t
Intercept	1	-5666.33430	2627.12932	-2.16	0.0313
rdberufb	1	-508.46483	558.49937	-0.91	0.3629
rdfhaus	1	-444.70250	748.83233	-0.59	0.5528
rduni	1	473.97805	686.64357	0.69	0.4902
ralter	1	183.55313	110.93008	1.65	0.0983
ralter2	1	-1.66309	1.16533	-1.43	0.1539
SEX	1	1992.52351	404.66022	4.92	<.0001
beruf1r	1	-5.60297	1833.65951	-0.00	0.9976
beruf2r	1	-291.64933	3031.33274	-0.10	0.9234
beruf3r	1	-1820.36106	1586.51731	-1.15	0.2515
beruf4r	1	-2815.17092	1502.99801	-1.87	0.0614
beruf5r	1	1484.79127	3021.96846	0.49	0.6233
freibr	1	2112.53317	728.85772	2.90	0.0038
sonst1r	1	-526.89176	676.42381	-0.78	0.4362
sonst2r	1	75.26347	673.79468	0.11	0.9111
mithelfr	1	-398.31448	1759.25280	-0.23	0.8209
verheirr	1	840.55814	406.84083	2.07	0.0391
vollzr	1	4099.43897	555.85585	7.38	<.0001
sonstr	1	468.77580	1103.97672	0.42	0.6712
westdr	1	1934.05032	567.88985	3.41	0.0007
bsampr	1	-119.41750	842.95199	-0.14	0.8874
csampr	1	-392.74527	746.80979	-0.53	0.5991
dsampr	1	1547.54975	1107.00471	1.40	0.1625
esampr	1	-28.18745	754.42332	-0.04	0.9702
fsampr	1	0.61083	422.31229	0.00	0.9988
R-Square: 0.2315		Adj R-Sq: 0.2107			

Modell 2 in den Fällen in denen sich negative Werte aus dem Standardmodell 1 ergeben, wird ein alternatives Verfahren für derzeit Selbständige angewendet. Für derzeit nicht aktiv Erwerbstätige stehen aber keine relevanten Informationen über die selbständige Tätigkeit zur Verfügung. Aus diesem Grunde wird hier nur ein Minimalmodell zur

<sup>301</sup> Aufgrund der sehr großen Heterogenität innerhalb der Gruppe von Selbständigen, ist nur eine beschränkte Zahl relevanter Kovariaten in die Schätzgleichung mit aufgenommen worden, die einen deutlichen Erklärungsbeitrag liefern können.



Bestimmung der Einkommen aus Selbständigkeit berechnet, welches auch nur für eine Minderheit der zu imputierenden Personen Anwendung findet:

$$RP2B03 = [AGE] + [AGE^2] + [SEX] + [REGION]$$

Regressionsergebnis im Modell 2 für Welle R:

Variable	DF	Parameter Estimate	Standard Error	t Value	Pr >  t
Intercept	1	-8483.26811	2507.44105	-3.38	0.0007
ralter	1	458.45695	107.98948	4.25	<.0001
ralter2	1	-4.73940	1.13928	-4.16	<.0001
SEX	1	3228.80179	382.74556	8.44	<.0001
westdr	1	2077.56398	421.55743	4.93	<.0001
R-Square: 0.1141		Adj R-Sq: 0.1102			

(Vgl. für den Kovariatsatz: Einkommen aus abhängiger Beschäftigung)

#### 9.2.2.1.3 Einkommen aus einer Nebentätigkeit (RP2C03)

Die Imputation von Einkommen aus einer Nebentätigkeit basiert aufgrund der geringen Fälle von Item-Non-response auf einer einfachen Mediansubstitution, getrennt für Ost- und Westdeutschland.

#### 9.2.2.1.4 Eigene Renten und Pensionen (RP7901, RP7909) und abgeleitete Witwen- und Waisenrenten (RP7910, RP7910)

Um eine adäquate Imputation von Renteneinkünften vornehmen zu können, wäre es notwendig die gesamte Erwerbsbiographie inklusive der entsprechend erworbenen Rentenanwartschaften zu berücksichtigen. Diese Informationen stehen im SOEP nicht zur Verfügung, so dass nur nach dem Bildungsabschluss, dem Geschlecht, dem Alter und der Region unterschieden wird. Die Verwendung des Alters dient hierbei vor allem um Ansprüche aus Waisenrenten gesondert zu erfassen. Insgesamt ist dadurch die Erklärungskraft der Regressionsmodelle eingeschränkt.

Die Imputation von Renteneinkünften basiert auf zwei Regressionsmodellen, getrennt für Ost- und Westdeutschland:

$$\begin{aligned}
 [RP7901, RP7909]_{\text{WEST}} &= [SEX] + [AGE] + [AGE^2] + [EDUCATION] \\
 [RP7901, RP7909]_{\text{OST}} &= [SEX] + [AGE] + [AGE^2] + [EDUCATION] \\
 [RP7910, RP7910]_{\text{WEST}} &= [SEX] + [AGE] + [AGE^2] + [EDUCATION] \\
 [RP7910, RP7910]_{\text{OST}} &= [SEX] + [AGE] + [AGE^2] + [EDUCATION]
 \end{aligned}$$

(Vgl. für den Kovariatsatz: Einkommen aus abhängiger Beschäftigung)

Regressionsergebnis im Modell 1 für Welle R für Westdeutschland:

Variable	DF	Parameter Estimate	Standard Error	t Value	Pr >  t
Intercept	1	732.08385	488.64797	1.50	0.1342
age01	1	9.02315	14.13340	0.64	0.5232
age201	1	-0.09691	0.10221	-0.95	0.3431
sexy	1	1018.00396	29.26783	34.78	<.0001
rdberufb	1	333.15139	31.21676	10.67	<.0001
rdfhaus	1	627.35603	68.85845	9.11	<.0001
rduni	1	1054.95399	95.81971	11.01	<.0001
R-Square: 0.3836		Adj R-Sq: 0.3823			

Regressionsergebnis im Modell 1 für Welle R für Ostdeutschland:

Variable	DF	Parameter Estimate	Standard Error	t Value	Pr >  t
Intercept	1	-765.50460	329.86776	-2.32	0.0205
age01	1	55.17204	9.95279	5.54	<.0001
age201	1	-0.38219	0.07491	-5.10	<.0001
sexy	1	544.85271	25.36133	21.48	<.0001
rdberufb	1	190.70399	30.93833	6.16	<.0001
rdfhaus	1	631.04494	52.56598	12.00	<.0001
rduni	1	777.21784	58.24429	13.34	<.0001
R-Square: 0.4434		Adj R-Sq: 0.4408			

Regressionsergebnis im Modell 2 für Welle R für Westdeutschland:

Variable	DF	Parameter Estimate	Standard Error	t Value	Pr >  t
Intercept	1	-5.12682	225.77347	-0.02	0.9819
age01	1	28.47595	7.42359	3.84	0.0001
age201	1	-0.16238	0.06045	-2.69	0.0074
sexy	1	-585.53731	89.20277	-6.56	<.0001
rdberufb	1	72.97418	43.40601	1.68	0.0932
rdfhaus	1	-182.03480	144.15548	-1.26	0.2071
rduni	1	220.55813	149.74690	1.47	0.1412
R-Square: 0.1602		Adj R-Sq: 0.1528			

Regressionsergebnis im Modell 2 für Welle R für Ostdeutschland:

Variable	DF	Parameter Estimate	Standard Error	t Value	Pr >  t
Intercept	1	323.72547	213.53730	1.52	0.1307
age01	1	15.56387	7.54428	2.06	0.0400
age201	1	-0.09661	0.06411	-1.51	0.1329
sexy	1	-498.86387	58.16703	-8.58	<.0001
rdberufb	1	48.73438	49.93831	0.98	0.3300
rdfhaus	1	153.17811	122.31642	1.25	0.2115
rduni	1	-69.74661	143.73429	-0.49	0.6279
R-Square: 0.2766		Adj R-Sq: 0.2610			

#### 9.2.2.1.5 Arbeitslosengeld (RP2F03) und Unterhaltsgeld vom Arbeitsarbeitsamt (RP2H03)

Die Imputation von Arbeitslosengeld erfolgt in 2 Schritten und ist abhängig von der Verfügbarkeit der Information des individuellen Einkommens aus abhängiger Beschäftigung, die der Imputation zugrunde liegt. Diese Vorgehensweise wird auch bei der Imputation von Unterhaltsgeld vom Arbeitsamt angewendet. Der Vorteil dieses Verfahrens besteht darin, dass mit der Berücksichtigung des individuellen Einkommens aus einer abhängigen Beschäftigung eine direkte Korrespondenz zur Höhe des Arbeitslosengeldes hergestellt wird und die Varianz dieser Einkommensart nicht reduziert wird, wenn nur der Median der Gesamtpopulation verwendet wird.

Für eine adäquate Imputation des Arbeitslosengeldes wären Informationen zur Erwerbs- und Einkommensbiographie notwendig, die im SOEP nicht zur Verfügung stehen. Aus diesen Gründen wird eine sehr vereinfachte Regressionsschätzung vorgenommen. Diese Annahme gilt auch bei der Imputation von Arbeitslosenhilfe.

Schritt 1: Imputation auf Basis des Median-Anteils:

$$\mathbf{RP2F03}_i = \mathbf{MEDIAN}(m_j^{-1} \sum_{j=1}^N (\mathbf{RP2F03}_j / \mathbf{RP2A03}_j)) \cdot \mathbf{FIRSTJ01}_i$$

wobei  $\mathbf{FIRSTJ01}_i$  das individuelle (eventuell bereits imputierte) Einkommen aus einer abhängigen Beschäftigung darstellt.

Schritt 2: Imputation basierend auf einem Regressionsmodell in den Fällen, in denen  $\mathbf{FIRSTJ01}_i$  fehlend ist:

$$\mathbf{RP2F03} = [\mathbf{SEX}] + [\mathbf{AGE}] + [\mathbf{AGE}^2] + [\mathbf{EDUCATION}] + [\mathbf{REGION}] + [\mathbf{SAMPLE}]$$

Regressionsergebnis für Welle R:

Variable	DF	Parameter Estimate	Standard Error	t Value	Pr >  t
Intercept	1	-114.83592	234.70223	-0.49	0.6247
SEX	1	426.18691	36.58137	11.65	<.0001
ralter	1	44.28668	11.04614	4.01	<.0001
ralter2	1	-0.37279	0.12814	-2.91	0.0037
rdberufb	1	130.36435	49.49429	2.63	0.0086
rdfhaus	1	290.19872	88.15424	3.29	0.0010
rduni	1	631.88507	106.69183	5.92	<.0001
westdr	1	113.45356	54.47718	2.08	0.0375
bsampr	1	-10.68552	76.23538	-0.14	0.8886
csampr	1	36.26092	74.36844	0.49	0.6259
dsampr	1	-192.77570	98.65405	-1.95	0.0510
esampr	1	-0.48290	93.24909	-0.01	0.9959
fsampr	1	-43.63683	59.97827	-0.73	0.4671

gsampr 0  
R-Square: 0.2136 Adj R-Sq: 0.2043

(Vgl. für den Kovariatsatz: Einkommen aus abhängiger Beschäftigung)

#### 9.2.2.1.6 Arbeitslosenhilfe (RP2G03)

Die Imputation von Arbeitslosenhilfe erfolgt in drei Schritten und ist abhängig von der Verfügbarkeit der Information des individuellen Einkommens aus abhängiger Beschäftigung, die der Imputation zugrunde liegt.

1. Schritt: Imputation auf Basis des Median-Anteils:

$$\mathbf{RP2G03}_i = \mathbf{MEDIAN}(m_j^{-1} \sum_{j=1}^N (\mathbf{RP2G03}_j / \mathbf{RP2A03}_j)) \cdot \mathbf{FIRSTJ01}_i$$

wobei  $\mathbf{FIRSTJ01}_i$  das individuelle (eventuell bereits imputierte) Einkommen aus einer abhängigen Beschäftigung darstellt.

2. Schritt: Imputation auf Basis des Median-Anteils falls  $\mathbf{FIRSTJ01}$  nicht verfügbar ist:

$$\mathbf{RP2G03}_i = \mathbf{MEDIAN}(m_j^{-1} \sum_{j=1}^N (\mathbf{RP2G03}_j / \mathbf{RP2A03}_j)) \cdot \mathbf{ARBGELOD01}_i$$

wobei  $\mathbf{ARBGELOD01}_i$  das individuell bezogene (eventuell bereits imputierte) Arbeitslosengeld des Individuums  $i$  darstellt.

3. Schritt: Imputation basierend auf einem Regressionsmodell in den Fällen, in denen  $\mathbf{FIRSTJ01}$  und  $\mathbf{ARBGELOD01}$  fehlt:

$$\mathbf{RP2G03} = [\mathbf{SEX}] + [\mathbf{AGE}] + [\mathbf{AGE}^2] + [\mathbf{EDUCATION}] + [\mathbf{REGION}] + [\mathbf{SAMPLE}]$$

Regressionsergebnis für Welle R:

Variable	DF	Parameter Estimate	Standard Error	t Value	Pr >  t
Intercept	1	463.89059	372.81258	1.24	0.2140
SEX	1	259.30208	43.44445	5.97	<.0001
ralter	1	13.73647	17.05868	0.81	0.4210
ralter2	1	-0.14802	0.19132	-0.77	0.4395
rdberufb	1	232.28952	56.52401	4.11	<.0001
rdfhaus	1	437.21233	101.38498	4.31	<.0001
rduni	1	292.75211	137.86029	2.12	0.0342
westdr	1	4.34605	64.81566	0.07	0.9466
bsampr	1	83.03695	95.05689	0.87	0.3828
csampr	1	-22.59311	95.59263	-0.24	0.8133

dsampr	1	-161.55615	123.09292	-1.31	0.1899
esampr	1	-16.80723	110.58742	-0.15	0.8793
fsampr	1	-88.62901	79.75005	-1.11	0.2669
gsampr	0	0	.	.	.
R-Square:	0.1279	Adj R-Sq:	0.1077		

(Vgl. für den Kovariatsatz: Einkommen aus abhängiger Beschäftigung)

#### 9.2.2.1.7 Altersübergangs-(RP2I03), Mutterschafts- und Erziehungsgeld (RP2J03)

Die Imputation dieser Transferarten basiert aufgrund der geringen Zahl von Item-Non-response auf einer einfachen Median-Substitution.

#### 9.2.2.1.8 Bafög und Stipendien (RP2K03)

Die Imputation von Bafög und Stipendien basiert auf einer einfachen Median-Substitution getrennt für

Studenten, die noch im elterlichen Haushalt wohnen (RSTELL >= 3) bzw. für  
Studenten, die einen eigenen Haushalt gegründet haben (RSTELL = 0,1,2).

#### 9.2.2.1.9 Wehr- und Zivildienstvergütung (RP2L03), private Transfers von Personen außerhalb des Haushaltes (RP2M03) und empfangene Unterhaltszahlungen (RP2O03)

Die Imputation von Wehr- und Zivildienstvergütungen, privaten Transfers und von empfangenen Unterhaltszahlungen basiert aufgrund der geringen Zahl von Item-Non-response auf einer einfachen Median-Substitution.

#### 9.2.2.1.10 13. Monatsgehalt (RP7702)

Die Imputation des 13. Monatsgehalts basiert auf einer Median-Anteils-Substitution:

$$\mathbf{RP7702}_i = \mathbf{MEDIAN} \left( m_j^{-1} \sum_{j=1}^N (\mathbf{RP7702}_j / \mathbf{RP2A03}_j) \right) \cdot \mathbf{FIRSTJ01}_i$$

wobei  $\mathbf{RP7702}_j$  das 13. Monatsgehalt und  $\mathbf{RP2A03}_j$  das Einkommen aus einer abhängigen Beschäftigung für alle beobachteten Fälle darstellt.  $\mathbf{FIRSTJ01}_i$  ist das individuelle (eventuell bereits imputierte) Einkommen aus abhängiger Beschäftigung der Beobachtungseinheit  $i$ , für die die Angabe über das 13. Monatsgehalt fehlt.

#### 9.2.2.1.11 14. Monatsgehalt (RP7704)

Die Imputation des 14. Monatsgehalts basiert auf einer Median-Anteils-Substitution:

$$\mathbf{RP7704}_i = \mathbf{MEDIAN}(m_j^{-1} \sum_{j=1}^N (\mathbf{RP7704}_j / \mathbf{RP2A03}_j)) \cdot \mathbf{FIRSTJ01}_i$$

wobei  $\mathbf{RP7704}_j$  das 14. Monatsgehalt und  $\mathbf{RP2A03}_j$  das Einkommen aus einer abhängigen Beschäftigung für alle beobachteten Fälle darstellt.  $\mathbf{FIRSTJ01}_i$  ist das individuelle (eventuell bereits imputierte) Einkommen aus abhängiger Beschäftigung der Beobachtungseinheit  $i$ , für die die Angabe über das 14. Monatsgehalt fehlt.

#### 9.2.2.1.12 Weihnachtsgeld (RP7706)

Die Imputation des Weihnachtsgelds basiert auf einer Median-Anteils-Substitution, getrennt für den öffentlichen und privaten Sektor:

$$\mathbf{RP7706}_{ip} = \mathbf{MEDIAN}(m_j^{-1} \sum_{j=1}^N (\mathbf{RP7706}_{jp} / \mathbf{RP2A03}_{jp})) \cdot \mathbf{FIRSTJ01}_{ip}$$

wobei  $\mathbf{RP7706}_{jp}$  das Weihnachtsgeld und  $\mathbf{RP2A03}_{jp}$  das Einkommen aus einer abhängigen Beschäftigung für alle beobachteten Fälle aus dem öffentlichen/privaten Sektor darstellt.  $\mathbf{FIRSTJ01}_{ip}$  ist das individuelle (eventuell bereits imputierte) Einkommen aus abhängiger Beschäftigung der Beobachtungseinheit  $i$ , für die die Angabe über das Weihnachtsgeld fehlt.

#### 9.2.2.1.13 Urlaubsgeld (RP7708)

Die Imputation des Urlaubsgelds basiert auf einer Median-Anteils-Substitution, getrennt für den öffentlichen und privaten Sektor:

$$\mathbf{RP7708}_{ip} = \mathbf{MEDIAN}(m_j^{-1} \sum_{j=1}^N (\mathbf{RP7708}_{jp} / \mathbf{RP2A03}_{jp})) \cdot \mathbf{FIRSTJ01}_{ip}$$

wobei  $\mathbf{RP7708}_{jp}$  das Urlaubsgeld und  $\mathbf{RP2A03}_{jp}$  das Einkommen aus einer abhängigen Beschäftigung für alle beobachteten Fälle aus dem öffentlichen/privaten Sektor darstellt.  $\mathbf{FIRSTJ01}_i$  ist das individuelle (eventuell bereits imputierte) Einkommen aus abhängiger Beschäftigung der Beobachtungseinheit  $i$ , für die die Angabe über das Urlaubsgeld fehlt.

#### 9.2.2.1.14 Gewinnbeteiligungen und Gratifikationen (RP7710)

Die Imputation von Gewinnbeteiligungen und Gratifikationen basiert auf einer Median-Anteils-Substitution:

$$\mathbf{RP7710}_i = \mathbf{MEDIAN}(m_j^{-1} \sum_{j=1}^N (\mathbf{RP7710}_j / \mathbf{RP2A03}_j)) \cdot \mathbf{FIRSTJ01}_i$$

wobei  $\mathbf{RP7710}_j$  Gewinnbeteiligungen und Gratifikationen und  $\mathbf{RP2A03}_j$  das Einkommen aus einer abhängigen Beschäftigung für alle beobachteten Fälle darstellt.  $\mathbf{FIRSTJ01}_i$  ist das individuelle (eventuell bereits imputierte) Einkommen aus abhängiger Beschäftigung der Beobachtungseinheit  $i$ , für die die Angabe über die Gewinnbeteiligung oder die Gratifikation fehlt.

#### 9.2.2.1.15 Sonstige Sondervergütungen (RP7712)

Die Imputation von sonstigen Sondervergütungen basiert auf einer Median-Anteils-Substitution:

$$\mathbf{RP7712}_i = \mathbf{MEDIAN}(m_j^{-1} \sum_{j=1}^N (\mathbf{RP7712}_j / \mathbf{RP2A03}_j)) \cdot \mathbf{FIRSTJ01}_i$$

wobei  $\mathbf{RP7712}_j$  sonstige Sondervergütungen und  $\mathbf{RP2A03}_j$  das Einkommen aus einer abhängigen Beschäftigung für alle beobachteten Fälle darstellt.  $\mathbf{FIRSTJ01}_i$  ist das individuelle (eventuell bereits imputierte) Einkommen aus abhängiger Beschäftigung der Beobachtungseinheit  $i$ , für die die Angabe über die sonstige Sondervergütung fehlt.

### 9.2.2.2 **Imputationen auf der Haushaltsebene**

#### 9.2.2.2.1 Kindergeld (RH4803)

Die Imputation des Kindergeldes basiert auf einer fixen Wertsatzung aufgrund feststehender Regelungen und Verordnungen in Abhängigkeit von der Zahl der kindergeldberechtigten Kinder im Haushalt (RKZahl):

if RKZahl = 1 then RH4803= 270;  
else if RKZahl = 2 then RH4803= 270 + 270;  
else if RKZahl = 3 then RH4803= 270 + 270 + 300;  
else if RKZahl > 3 then RH4803= 270 + 270 + 300 + ((RKZahl -3) 350);

#### 9.2.2.2.2 Leistungen der gesetzlichen/privaten Pflegeversicherung (RH4609)

Die Imputation von Leistungen der gesetzlichen bzw. privaten Pflegeversicherung basiert auf einer fixen Wertersetzung, in Abhängigkeit der angegebenen Pflegestufe (RH6302):

if RH6302 = 1 then RH4609 = 400  
if RH6302 = 2 then RH4609 = 800  
if RH6302 = 3 then RH4609 = 1300  
if RH6302 = . then RH4609 = 800

#### 9.2.2.2.3 Hilfe zum Lebensunterhalt (HLU, RH4703) und Hilfe in besonderen Lebenslagen (HBL, RH4706)

Die Imputation von Hilfe zum Lebensunterhalt (HLU) und von Hilfe in besonderen Lebenslagen (HBL) basiert auf einer Median-Substitution in Abhängigkeit von der Haushaltsgröße:

if RHHGR = 1 then RH4703 = (median(RH4703)) where RHHGR = 1;  
if RHHGR = 2 then RH4703 = (median(RH4703)) where RHHGR = 2;  
if RHHGR = 3 then RH4703 = (median(RH4703)) where RHHGR = 3;  
if RHHGR = 4 then RH4703 = (median(RH4703)) where RHHGR = 4;  
if RHHGR > 4 then RH4703 = (median(RH4703)) where RHHGR ge 5;  
  
if RHHGR = 1 then RH4706 = (median(RH4706)) where RHHGR = 1;  
if RHHGR = 2 then RH4706 = (median(RH4706)) where RHHGR = 2;  
if RHHGR = 3 then RH4706 = (median(RH4706)) where RHHGR = 3;  
if RHHGR = 4 then RH4706 = (median(RH4706)) where RHHGR = 4;  
if RHHGR > 4 then RH4706 = (median(RH4706)) where RHHGR ge 5;

#### 9.2.2.2.4 Einkommen aus Vermietung und Verpachtung (RH41) und Instandhaltungskosten (RH4201)

Die Imputation von Einkommen aus Vermietung und Verpachtung und von Instandhaltungskosten basiert auf einer Median-Substitution für drei Untergruppen in Abhängigkeit des Haushaltsnettoeinkommens. Eine alternative Imputation auf Basis einer Regressions-schätzung, kann aufgrund fehlender relevanter Informationen wie z.B. über das vermietete Objekt nicht vorgenommen werden. Daher kann hier nur ein sehr reduziertes Modell Anwendung finden:

if RH49 lt 2500 then RH41 = median(RH41) where RH49 lt 2500;  
if RH49 2500...<5000 then RH41 = median(RH41) where RH49 2500...<5000;  
if RH49 ge 5000 then RH41 = median(RH41) where RH49 ge 5000;



if RH49 lt 2500            then RH4201 = median(RH4201) where RH49 lt 2500;  
 if RH49 2500...<5000 then RH4201 = median(RH4201) where RH49 2500...<5000;  
 if RH49 ge 5000           then RH4201 = median(RH4201) where RH49 ge 5000;

#### 9.2.2.2.5 Wohngeld und Lastenzuschuss (RH4606)

Die Imputation von Wohngeld bzw. von Lastenzuschüssen wird getrennt für Mieter und Eigentümer vorgenommen. Für Eigentümer basiert die Imputation aufgrund der geringen Zahl von Item-Non-response auf einer einfachen Median-Substitution.

Für die Imputation des Wohngelds als Mietzuschuss wird ein Regressionsmodell angewendet, welches die Determinanten für die Höhe des Wohngeldanspruchs berücksichtigt:<sup>302</sup>

$$\text{RH4606} = [\text{HOUSEHOLD SIZE}] + [\text{SIZE OF HOUSING UNIT}] + [\text{MONTHLY INCOME}] + [\text{AMOUNT OF RENT}]$$

Regressionsergebnis für Welle R:

Variable	DF	Parameter Estimate	Standard Error	t Value	Pr >  t
Intercept	1	111.26358	24.90989	4.47	<.0001
RHHGR	1	33.89419	7.64350	4.43	<.0001
RWOHNFL	1	-0.86552	0.48804	-1.77	0.0768
i101	1	-0.01117	0.00897	-1.25	0.2135
RMIETEG	1	0.16864	0.03998	4.22	<.0001
R-Square: 0.1419		Adj R-Sq: 0.1345			

Kovariatsatz:

[HOUSEHOLD SIZE]:	Haushaltsgröße (RHHGR)
[SIZE OF HOUSING UNIT]:	Wohnungsgröße in Quadratmetern (RWOHNFL)
[MONTHLY INCOME]:	aktuelles Haushaltsnettoeinkommen (RH49)
[AMOUNT OF RENT]:	Bruttokaltmiete (RMIETEG)

#### 9.2.2.2.6 Einkommen aus Zinsen und Dividenden (RH4401 und RH4402)

Die Imputation von Einkommen aus Zinsen und Dividenden basiert auf zwei Regressionsmodellen getrennt für Ost- und Westdeutschland. Die Auswahl der Kovariaten orientierte sich hierbei auf relevante Faktoren, die mit dem Besitz von Vermögensbeständen stark korrelieren (vgl. Krause und Wagner 1997). Diese Faktoren fallen in Ost- und

<sup>302</sup> Vgl. Bundesministerium für Verkehr-, Bau- und Wohnungswesen (2001): Wohngeld ab 2002. Ratschläge und Hinweise. Berlin, Oktober 2001: Seite 6 und 17.

Westdeutschland unterschiedlich aus, warum hier eine getrennte Schätzung nach der Region vorgenommen wurde.

Modell 1, für Westdeutschland (RSAMPREG = 1):

$$\text{LOG}([\text{INTEREST INCOME}]) = [\text{OWNERSHIP}] + [\text{SELFEMPLOYED}] + [\text{INCOME}] + [\text{EDUCATION}] + [\text{AGE}] + [\text{\#CHILDREN}] + [\text{SEX}] + [\text{CAPITAL ASSETS}]$$

Regressionsergebnis im Modell 1 für Welle R für Westdeutschland:

Variable	DF	Parameter Estimate	Standard Error	t Value	Pr >  t
Intercept	1	4.20468	0.16804	25.02	<.0001
reig	1	0.30683	0.03526	8.70	<.0001
rselb	1	0.22354	0.06969	3.21	0.0013
incg2r	1	-0.02210	0.16203	-0.14	0.8915
incg3r	1	0.18203	0.15716	1.16	0.2468
incg4r	1	0.30063	0.15580	1.93	0.0537
incg5r	1	0.46878	0.15883	2.95	0.0032
incg6r	1	0.67027	0.16579	4.04	<.0001
incmr	1	0.42016	0.17273	2.43	0.0150
rbilg2	1	0.15903	0.03839	4.14	<.0001
rbilg3	1	0.30338	0.04450	6.82	<.0001
ralter	1	0.01693	0.00122	13.89	<.0001
rkzahlg	1	-0.04537	0.01937	-2.34	0.0192
sex2	1	0.06977	0.03455	2.02	0.0435
sparbr	1	0.15852	0.04754	3.33	0.0009
bauspr	1	0.10984	0.03445	3.19	0.0014
lebvr	1	0.04363	0.03611	1.21	0.2270
wertpr	1	0.97592	0.03385	28.83	<.0001
betrvr	1	0.91770	0.07833	11.72	<.0001
R-Square: 0.2607		Adj R-Sq: 0.2588			

Modell 2, für Ostdeutschland (RSAMPREG = 2):

$$\text{LOG}([\text{INTEREST INCOME}]) = [\text{OWNERSHIP}] + [\text{SELFEMPLOYED}] + [\text{INCOME}] + [\text{EDUCATION}] + [\text{AGE}] + [\text{\#CHILDREN}] + [\text{SEX}] + [\text{CAPITAL ASSETS}]$$

Regressionsergebnis im Modell 2 für Welle R für Ostdeutschland:

Variable	DF	Parameter Estimate	Standard Error	t Value	Pr >  t
Intercept	1	4.33751	0.29623	14.64	<.0001
reig	1	0.19729	0.05807	3.40	0.0007
rselb	1	0.00134	0.13089	0.01	0.9918
incg2r	1	-0.01974	0.27010	-0.07	0.9417
incg3r	1	0.12376	0.26646	0.46	0.6424
incg4r	1	0.33792	0.26581	1.27	0.2037
incg5r	1	0.57843	0.27460	2.11	0.0353
incg6r	1	0.80968	0.30617	2.64	0.0082
incmr	1	0.31349	0.32276	0.97	0.3315
rbilg2	1	0.11262	0.07039	1.60	0.1098
rbilg3	1	0.31398	0.08375	3.75	0.0002
ralter	1	0.01287	0.00224	5.73	<.0001
rkzahlg	1	-0.11036	0.04267	-2.59	0.0098
sex2	1	0.19496	0.05378	3.62	0.0003
sparbr	1	0.07087	0.09019	0.79	0.4321
bauspr	1	0.11098	0.05913	1.88	0.0606
lebvr	1	-0.07281	0.05986	-1.22	0.2240
wertpr	1	0.94874	0.05740	16.53	<.0001

betrvr	1	0.62093	0.13335	4.66	<.0001
R-Square:	0.2274	Adj R-Sq:	0.2214		

#### Abhängige Variable:

[INTEREST INCOME]: Die Angaben zu Zinsen und Dividenden werden im SOEP sowohl in einer offenen Antwortkategorie (RH4401) als auch klassifiziert (RH4402) erfasst. Die klassifizierten Angaben wurden durch gleichverteilte Zufallszahlen<sup>303</sup> innerhalb der vorgegeben Antwortkategorien metrisiert, um für die Regressionsanalyse alle Informationen nutzen zu können.

#### Kovariatensatz:

[OWNERSHIP]: Dummy-Variable: (1) Eigentümer (0) ansonsten (REIGEN)

[SELFEMPLOYED]: Dummy-Variable basierend auf der Angabe des Haushaltsvorstands: (1) Selbständiger (RP4002 > 0), (0) ansonsten

[INCOME]: 7 Dummy-Variablen für das aktuelle Haushaltsnettoeinkommen (RH49): (1) 1-1000 DM; (2) 1001-2000 DM; (3) 2001-3000 DM; (4) 3001-5000 DM; (5) 5001-7500 DM; (6) > 7500DM; zusätzlich ein Indikator der angibt ob das Haushaltsnettoeinkommen angegeben wurde oder nicht (RH49 = .A oder .C)

[EDUCATION]: 3 Dummy-Variablen in Abhängigkeit von der Zahl der Ausbildungsjahre des Haushaltsvorstands (RBILZEIT): (1) 1-11 Jahre; (2) 12-14 Jahre; (3) mehr als 14 Jahre

[AGE]: Alter des Haushaltsvorstands in Jahren (GEBJAHR)

[#CHILDREN]: Zahl der Kinder unter 16 Jahren im Haushalt (RKZAHL)

[SEX]: Dummy-Variable für das Geschlecht: (0) = weiblich, (1) = männlich

[CAPITAL ASSETS]: 5 Dummy-Variablen für verschiedene Vermögensformen: (1) Sparbuch (RH4301), (2) Bausparvertrag (RH4302), (3) Lebensversicherung (RH4303), (4) Wertpapiere, Aktien, Fonds, (RH4304) (5) Betriebsvermögen (RH4305)

[REGION]: Dummy-Variable für Ost- bzw. Westdeutschland (1) = Westdeutschland, (0) = Ostdeutschland (RSAMPREG)

[SAMPLE]: 7 Dummy-Variablen zur Unterscheidung der jeweiligen Stichproben im SOEP (PSAMPLE A bis F).

<sup>303</sup> Die Annahme einer Gleichverteilung wird der "tatsächlichen" Verteilung dieser Einkommensart nicht vollständig gerecht, doch ist diese einfach auf alle Antwortkategorien anzuwenden und erwartungstreu im Sinne des Median innerhalb der jeweiligen Klasse. Alternativ hätte eine für jede Antwortkategorie unterschiedliche Verteilungsfunktion unterstellt werden können, um der jeweiligen Schiefe der Verteilung in den einzelnen Antwortkategorien gerecht zu werden.

#### 9.2.2.2.7 Wohneigentumsförderung (RH3904)

Die Imputation der Wohneigentumsförderung basiert auf einer fixen Wertersetzung aufgrund feststehender Regelungen und Verordnungen<sup>304</sup> in Abhängigkeit des Alters des Gebäudes (RBAUJ) und der Zahl der Kinder im Haushalt (RKZ AHL):

```

if RBAUJ in (1,2,3,4,5) then do;
  if RKZ AHL = . then RH3904 = 2500;
  if RKZ AHL ge 0 then RH3904 = 2500 + (1500 RKZ AHL);
end;
if RBAUJ ge 6 then do;
  if RKZ AHL = . then RH3904 = 5000;
  if RKZ AHL ge 0 then RH3904 = 5000 + (1500 RKZ AHL);
end;

```

#### 9.2.2.2.8 Steuern und Sozialabgaben

Steuern und Sozialabgaben werden im SOEP vollständig simuliert. Für nähere Angaben zu dem verwendeten Verfahren vgl. Schwarze (1995).

In Übersicht 7 ist zusammenfassend dargestellt, nach welchen Verfahren die fehlenden Angaben zu den verschiedenen Einkommenskomponenten ergänzt wurden.

Übersicht 7: Einkommenskomponenten und Imputation im SOEP

Einkommenskomponente	1. Stufe der Imputation <sup>1)</sup>	2. Stufe der Imputation <sup>1)</sup>
• Einkommen aus abhängiger Beschäftigung	L & S	R
• Nebenerwerbseinkünfte	L & S	M-G
• Einkommen aus selbständiger Tätigkeit	L & S	R
• 13. Monatsgehalt	L & S	M-S
• 14. Monatsgehalt	L & S	M-S
• Weihnachtsgeld	L & S	M-S
• Urlaubsgeld	L & S	M-S
• Gewinnbeteiligungen, Prämien	L & S	M-S
• sonstige Gratifikationen	L & S	M-S
• Wehrsold, Zivildienstvergütung	L & S	M
• Einkommen aus Vermietung und Verpachtung	L & S	M-G
• Kosten für Unterhaltung und Instandsetzung	L & S	M-G
• Einkommen aus Kapitalerträgen	L & S	R
• individuelle erhaltene private Transfers	L & S	M
• Unterhaltsgeld	L & S	M
• Betriebsrenten	L & S	R
• Renten der Versorgungsanstalt des Bundes	L & S	R

<sup>304</sup> Vgl. Eigenheimzulagengesetz (EigZulG) (<http://www.bmwbw.de/Der-Weg-zur-eigenen-Wohnung-.457.htm>, 30.4.2004).

<ul style="list-style-type: none"> <li>• und der Länder (VBL)</li> <li>• sonstige private Renten</li> <li>• abgeleitete Betriebsrenten</li> <li>• abgeleitete Rente der VBL</li> <li>• abgeleitete sonstige private Renten</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>L &amp; S</li> <li>L &amp; S</li> <li>L &amp; S</li> <li>L &amp; S</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>R</li> <li>R</li> <li>R</li> <li>R</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bafoeg, Stipendien</li> <li>• Mutterschafts-, Erziehungsgeld</li> <li>• Arbeitslosengeld</li> <li>• Arbeitslosenhilfe</li> <li>• Unterhaltsgeld vom Arbeitsamt</li> <li>• Altersübergangsgeld</li> <li>• Wohngeld</li> <li>• Lastenzuschuss</li> <li>• Kindergeld</li> <li>• laufende Hilfe zum Lebensunterhalt</li> <li>• einmalige Hilfe zum Lebensunterhalt</li> <li>• Leistungen der Pflegeversicherung</li> <li>• Wohneigentumsförderung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>L &amp; S</li> <li>L &amp; S</li> <li>L &amp; S</li> <li>L &amp; S</li> <li>L &amp; S</li> <li>L &amp; S</li> <li>L &amp; S</li> <li>L &amp; S</li> <li>L &amp; S</li> <li>L &amp; S</li> <li>L &amp; S</li> <li>L &amp; S</li> <li>L &amp; S</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>M-G</li> <li>M</li> <li>M-S</li> <li>M-S</li> <li>M-S</li> <li>M-S</li> <li>R</li> <li>M-G</li> <li>Fixed</li> <li>M-G</li> <li>M-G</li> <li>Fixed</li> <li>Fixed</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Renten der GRV</li> <li>• Renten der Knappschaft</li> <li>• Beamtenpensionen</li> <li>• Kriegsopferversorgung</li> <li>• Altershilfe der Landwirte</li> <li>• Renten der Gesetzlichen Unfallversicherung</li> <li>• Witwenrenten der GRV</li> <li>• Witwenrenten der Knappschaft</li> <li>• abgeleitete Beamtenpensionen</li> <li>• Witwenrenten der Kriegsopferversorgung</li> <li>• Witwenrente der Altershilfe der Landwirte</li> <li>• Witwenrente der Gesetzl. Unfallversicherung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>L &amp; S</li> <li>L &amp; S</li> <li>L &amp; S</li> <li>L &amp; S</li> <li>L &amp; S</li> <li>L &amp; S</li> <li>L &amp; S</li> <li>L &amp; S</li> <li>L &amp; S</li> <li>L &amp; S</li> <li>L &amp; S</li> <li>L &amp; S</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>R</li> <li>R</li> <li>R</li> <li>R</li> <li>R</li> <li>R</li> <li>R</li> <li>R</li> <li>R</li> <li>R</li> <li>R</li> <li>R</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Steuern und Sozialabgaben</li> </ul>	vollständig simuliert auf Basis eines Mikrosimulationsprogramms	

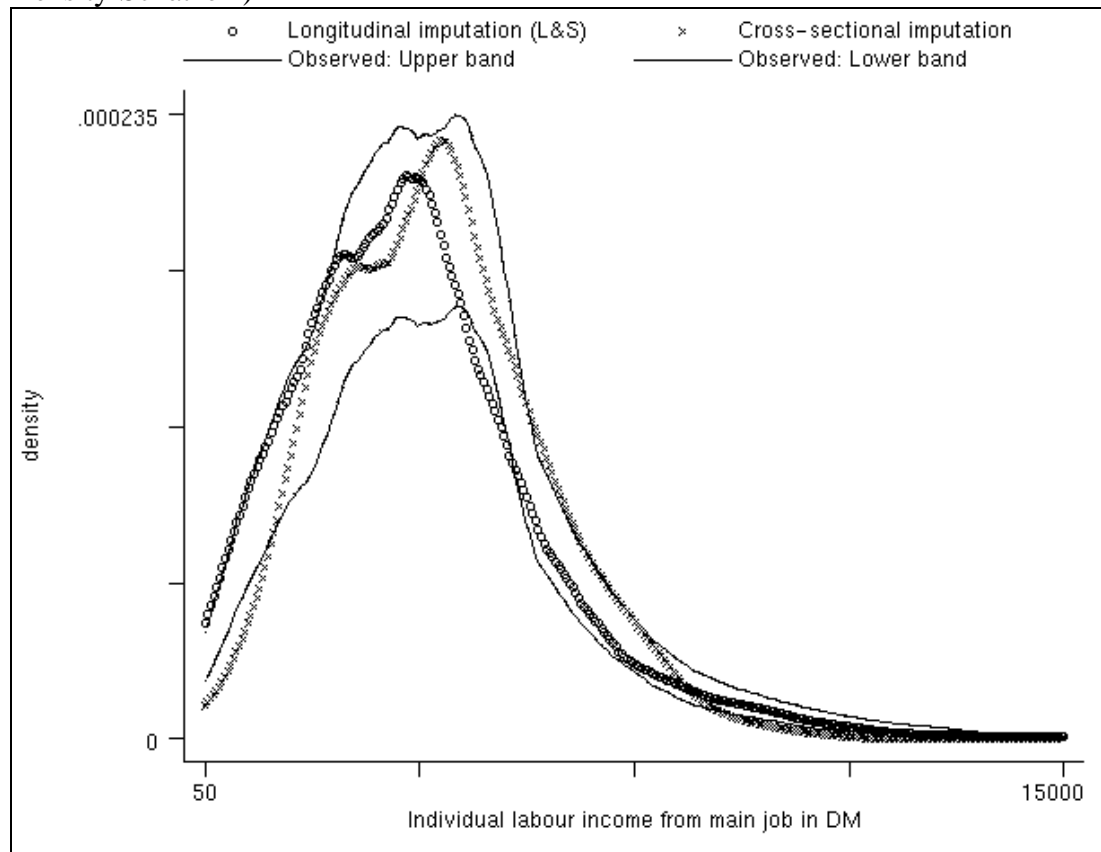
- 1)  
L&S = Imputation nach Little & Su  
M = Median Substitution  
M-G = Median Substitution für Subgruppen  
M-S = individuelle Anteilssubstitution mittels Median  
R = Regressionsbasierte Imputation  
Fixed = Fixe Wertersetzung

### 9.3 Bewertung der Qualität der Imputationen

Abbildung 5 veranschaulicht die Qualität der jeweiligen Imputationsmethoden am Beispiel des Einkommens aus abhängiger Beschäftigung. Um die Ergebnisse dieser Methoden zu überprüfen, wurde per Zufallsverfahren eine Stichprobe von 1063 Observationen gezogen (Randomgroup 4), und daraus die Fälle mit einer validen Einkommensangabe ausgewählt. Diese Einkommensangaben wurden auf "fehlend" gesetzt und anschließend

nach beiden Imputationsvarianten ersetzt. Als Ergebnis zeigt sich, dass beide Verfahren weitgehend mit den Originalwerten übereinstimmen, dass aber eine längsschnittbasierte Imputation besser die Varianz erhält als eine rein auf Querschnittsangaben basierende Imputation.

Abbildung 5: Exemplarische Ergebnisse alternativer Imputationstechniken im Vergleich zu beobachteten Werten für das Einkommen aus abhängiger Beschäftigung ("Kernel-Density-Schätzer")



Nachrichtlich zu Abbildung 5:

	Beobachtet	Imputiert nach Little & Su (1989)	Querschnittsbasier- te Imputation
Mittelwert	4 287	3 868	4 257
Median	4 000	3 501	4 180
Standardabweichung	2 511	2 343	1 857
Decile Ratio 90:10	5,14	5,81	3,63
Gini	0,3018	0,3283	0,2484

Quelle: SOEP, Erhebungsjahr 2001 (Samples A-F), gewichtete Ergebnisse. N=1063. Bandwidth=50.

Durch die hier vorgenommene Imputation von fehlenden Einkommensangaben erhält man einen Datensatz mit vollständigen Einkommensinformationen, der eine fundierte Analyse erlaubt und zu einer Reduktion des Bias von Schätzwerten führt. Dies stellt eine wesentliche Neuerung im Rahmen dieser Arbeit dar, da vorangegangene Simulati-

onen auf Basis des SOEP entweder nur auf validen Angaben beruhen, oder Imputationen nur nach dem Little- und Su- Verfahren vornahmen, was zu einer Unterschätzung des Gesamtaggregats geführt hatte. Der wesentliche Vorteil besteht darin, dass die verbesserte Datenbasis nun repräsentative Aussagen über die möglichen Auswirkungen von Reformen auf die Finanzierung der Krankenversicherung ermöglicht.

## **10 Validierung und Vergleich mit anderen Datenquellen**

Das SOEP ist als repräsentative Längsschnittstudie angelegt, die ihren Schwerpunkt in der Erfragung der Einkommens- und Erwerbssituation und der Wohnverhältnisse hat. Für die folgende Validierung des Datensatzes sollen zum Einen die Erfassung der Einkommensarten und zum Anderen diejenige des erfragten Krankenversicherungsstatus im SOEP beschrieben und die Ergebnisse mit Referenzstatistiken verglichen werden.

### **10.1 Abgleich des Krankenversicherungsstatus**

Eine Aussage über die Qualität der Angaben zum Krankenversicherungsstatus im SOEP ist mittels eines Vergleichs mit Referenzstatistiken möglich. Hierzu wird vorrangig auf Angaben des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS) und des PKV-Verbandes zurückgegriffen.

Ein solcher Vergleich ist aber durch verschiedene Abgrenzungsprobleme erschwert.<sup>305</sup> Vergleichsprobleme ergeben sich z.B. durch unterschiedliche Stichtagskonzepte. Die Befragung im SOEP wird vorrangig in den ersten drei Monaten eines jeden Jahres durchgeführt, wohingegen sich die Angaben aus den Referenzstatistiken i.d.R. auf einen bestimmten Stichtag beziehen.

In Tabelle 20 ist der Krankenversicherungsstatus der Bevölkerung<sup>306</sup> in Deutschland im Jahre 2001 ausgewiesen. Die Angaben des SOEP für die GKV stimmen in hohem Maße mit denen des BMGS überein, wobei das SOEP insgesamt die Zahl der GKV-Versicherten leicht (rund 600.000 Versicherte) überschätzt.

---

<sup>305</sup> Der hier vorgenommene Vergleich geschieht nach Korrektur, d.h. nach Imputation bei fehlenden Angaben oder nach sachlicher Prüfung des Versicherungsstatus nach den Regeln des SGB V.

Innerhalb der verschiedenen Versichertengruppen der GKV bestehen praktisch kaum Unterschiede. Hohe Übereinstimmungen lassen sich auch bei allen anderen Versicherungsformen finden. Dies betrifft z.B. die besonderen Sicherungsformen (vornehmlich anspruchsberechtigt als Sozialhilfeempfänger), Personen in der Freien Heilfürsorge oder aber auch Versicherte, die ausschließlich in der PKV versichert sind. So lag die Zahl der ausschließlich privat Versicherten im SOEP bei rund 7,7 Mio. Versicherten und stimmte damit fast genau mit den Angaben des PKV-Verbandes überein.

**Tabelle 20: Krankenversicherungsschutz in Deutschland 2001**

Krankenversicherungsstatus	Referenzstatistik	SOEP 2001 <sup>6</sup>
	Angaben in Tsd.	
Gesetzliche Krankenversicherung	70.993 <sup>1</sup>	71.609
darunter:		
• Pflichtversicherte Mitglieder	29.124 <sup>1</sup>	29.535
• Freiwillig versicherte Mitglieder	6.548 <sup>1</sup>	6.698
• Familienversicherte	19.997 <sup>1</sup>	19.576
• Rentner und Rentenantragsteller	15.323 <sup>1</sup>	15.801
Besondere Sicherungsformen <sup>2</sup>	1.970 <sup>3</sup>	2.148
<u>Zwischensumme</u>	<u>72.963</u>	<u>73.757</u>
ausschließlich Private Krankenversicherung	7.710 <sup>4</sup>	7.678
Keine Krankenversicherung	150 <sup>3</sup>	546
Freie Heilfürsorge und sonstiges	605 <sup>5</sup>	536
<u>Insgesamt</u>	<u>81.428</u>	<u>82.518</u>

<sup>1</sup>: Stand Januar 2001, Mitgliederstatistik KM1 (BMGS 2001).

<sup>2</sup>: Anspruchsberechtigt als Sozialhilfeempfänger, Kriegsschadenrentner oder Empfänger von Unterhalts-  
hilfe aus dem Lastenausgleich.

<sup>3</sup>: Stand April 1999 (Statistisches Bundesamt: Angaben des Mikrozensus).

<sup>4</sup>: Stand 31.12.2001, nur Versicherte der Krankheitsvollversicherung. PKV (2001: 10).

<sup>5</sup>: Stand 1995, Angaben des BMA (1997): Arbeits- und Sozialstatistik. Hauptergebnisse 1997.

<sup>6</sup>: SOEP 2001 eigene Berechnungen.

Das SOEP weist insgesamt rund eine Million Personen mehr aus, als die hier verwendeten Referenzstatistiken. Dieser Unterschied kann damit erklärt werden, dass unter anderem auf Angaben des Mikrozensus aus dem Jahre 1999 und auf Angaben aus der Arbeits- und Sozialstatistik aus dem Jahre 1997 zurückgegriffen werden musste, was zu einer Unterschätzung des Versichertenbestandes führen dürfte. Die Angabe des GKV-Versichertenbestandes für den Bezugszeitpunkt Januar 2001 verdeckt zudem die Prob-

<sup>306</sup> Personen mit ständigem Wohnsitz in Deutschland, d.h. Personen in Privathaushalten und in Anstalten,



ematik des unterjährigen Wechsels des Versicherungsstatus und führt daher zu einer niedrigeren Ausweisung der Gesamtpersonenzahl in den Angaben des BMGS. Dies könnte auch die Unterschiede in der Zahl der Personen ohne Krankenversicherungsschutz erklären, der nach den Angaben des SOEP höher ausfällt. Trotz dieser Abweichungen kann insgesamt von einer hohen Übereinstimmung der Angaben des SOEP im Vergleich zu Referenzstatistiken ausgegangen werden.

## 10.2 Abgleich der Einkommensinformationen

Neben den Informationen zum Krankenversicherungsschutz bilden die verschiedenen Einkommenskomponenten zur Bestimmung der Bemessungsgrundlage eine weitere wichtige Grundlage für die folgenden Mikrosimulationsrechnungen. Um eine Aussage über die Güte der verwendeten Einkommensangaben im SOEP zu treffen, werden Nachweisquoten durch einen Vergleich der Angaben aus verschiedenen Referenzstatistiken ermittelt. Für diesen Vergleich wird das Stichjahr 2000 herangezogen.

Ein solcher Vergleich ist jedoch immer problematisch, da die Referenzstatistiken selbst fehlerbehaftet sein können. Für jede Statistik gelten spezifische systematische Fehler, z.B. aufgrund von Antwortausfällen, unvollständigen Registern oder Erfassungsgrundlagen, oder generell von Fehlern bei der Erfassung (Braakmann 2003: 187). Probleme ergeben sich auch aufgrund unterschiedlicher Zielsetzungen oder Abgrenzungen.<sup>307</sup>

Wichtige Aspekte sind aber Abgrenzungsprobleme, wie die Unterscheidung von Brutto- und Nettoaufwendungen oder die Frage, ob neben den Geld- auch Sachleistungen berücksichtigt werden. Im SOEP werden generell nur die direkten monetären Leistungen erfasst, wobei oftmals nur der Zahlbetrag (Nettoaufwand, d.h. nach Abzug von Sozialversicherungsbeiträgen, bspw. Arbeitslosengeld) bekannt ist.

---

aber ohne Asylbewerber.

<sup>307</sup> Vgl. z.B. zu den methodischen Problemen der Qualität und Genauigkeit der VGR: Braackmann (2003).

**Tabelle 21: Vergleich zwischen Einkommensaggregaten im SOEP und in Referenzstatistiken im Jahr 2000\***

Einkommenskomponente	Quelle	Referenzstatistik in Mrd. DM	SOEP in Mrd. DM	Quote in %
• Bruttolöhne & -gehälter <sup>1</sup>	1	1.731,939	1.759,916	101,6
• Sozialbeiträge der Arbeitgeber <sup>2</sup>	1	417,407	337,599	80,9
<b>Arbeitnehmerentgelt<sup>3</sup></b>	<b>1</b>	<b>2.149,346</b>	<b>2.097,515</b>	<b>97,6</b>
• Selbstständigeneinkommen und Betriebsüberschuss	1	460,943	257,166	–
• Mietwert selbstgenutzten Wohneigentums	–	–	93,956	–
• Einnahmen aus Vermietung und Verpachtung <sup>4</sup>	–	–	39,398	–
<b>Einkommen aus Selbständigkeit insgesamt</b>	<b>1</b>	<b>460,943</b>	<b>390,520</b>	<b>84,7</b>
• Geldvermögenseinkommen von Banken <sup>5</sup>	2	54,500	–	–
• Geldvermögenseinkommen von Bausparkassen <sup>5</sup>	2	4,900	–	–
• Geldvermögenseinkommen aus Wertpapieren <sup>5</sup>	2	72,900	–	–
<b>Insgesamt Geldvermögenseinkommen<sup>5</sup></b>	<b>2</b>	<b>132,300</b>	<b>54,086</b>	<b>40,9</b>
• Geldvermögenseinkommen aus Versicherungen <sup>6</sup>	2	60,700	–	–
<b>alternativ: Kapitalvermögen<sup>7</sup></b>	<b>3</b>	<b>33,085</b>	<b>56,463</b>	<b>170,7</b>
• Rentenversicherung der Arbeiter und Angestellten <sup>8</sup>	4	347,651	355,146	102,2
• Renten der Knappschaft	4	24,344	19,800	81,3
• Beamtenversorgung	5	59,380	61,991	104,4
• Kriegsopferversorgung <sup>9</sup>	6	6,995	2,651	37,9
• Alterssicherung der Landwirte <sup>11</sup>	7	5,858	2,615	49,8
• Renten der Unfallversicherung <sup>10</sup>	8	9,204	3,855	41,9
• Zusatzversorgung <sup>11</sup>	9	32,734	9,697	29,6
• Betriebliche Altersversorgung	10	27,790	23,136 <sup>12</sup>	83,3
<b>Gesamtsumme Renten</b>		<b>513,956</b>	<b>478,891</b>	<b>93,2</b>
• Arbeitslosengeld	11	28,570	27,125	94,94
• Arbeitslosenhilfe	11	17,482	15,827	90,53
• Unterhaltsgeld <sup>13</sup>	11	8,189	9,262	113,1
<b>Insgesamt Lohnersatzleistungen</b>	<b>11</b>	<b>54,241</b>	<b>52,215</b>	<b>96,3</b>

• Kindergeld	12	60,510	61,603	101,8
• Wohngeld / Lastenzuschuss <sup>14</sup>	13	6,925	5,072	74,9
• Pflegegeld der Pflegeversicherung	14	8,598	9,511	110,6
• Erziehungsgeld <sup>15</sup>	15	7,320	7,563 <sup>16</sup>	103,3
• Bafög / Berufsausbildungshilfe	16	3,892	5,385 <sup>17</sup>	138,4
• Wohneigentumsförderung <sup>18</sup>	17	12,543	9,575	76,3
• Kriegsofopferfürsorge	18	1,231	– <sup>19</sup>	–
• Laufende Hilfe zum Lebensunterhalt <sup>20</sup>	19	14,746	7,200	48,8
• Sonstige Hilfen in besonderen Lebenslagen	19	0,596	0,480	80,5
<b>Tansfers Insgesamt</b>		116,361	106,389	91,4

#### Quellen:

SOEP, eigene Berechnungen auf Grundlage vollständig imputierter Einkommensinformationen; eine Populationskorrektur aufgrund der retrospektiven Erfassung der Einkommenskomponenten wurde vernachlässigt. Population: alle SOEP-Haushalte inkl. Anstaltsbevölkerung.

- 1: Statistisches Bundesamt (2003): Volkswirtschaftliche Gesamtrechnungen. Konten und Standardtabellen – Vorbericht 2002. Fachserie 18, Reihe 1.2, S. 148-149. Private Haushalte einschließlich private Organisationen ohne Erwerbszweck.
- 2: Deutsche Bundesbank (1999): Monatsstatistik Januar 1999,
- 3: Lohn- und Einkommensteuerstatistik, vgl. Deutscher Bundestag (2002): Bundestagsdrucksache 14/9492, S.16.
- 4: Verband der deutschen Rentenversicherungsträger. Rechnungsergebnisse. Abt. 5.1 Finanzen. Ausgaben, vom 31.7.2002.
- 5: Die Bundesregierung (2001): Zweiter Versorgungsbericht der Bundesregierung. Berlin, 18. September 2001. S.181. Angaben für 1999.
- 6: BMGS (2002): Statistisches Taschenbuch 2002. Tabelle 8.15: Kriegsofopferversorgung.
- 7: Landwirtschaftliche Alterkasse. Geschäfts- und Rechnungsergebnisse. Die wichtigsten Zahlen der AdL im Vergleich. [www.lsv-d.de](http://www.lsv-d.de).
- 8: Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften. BG-Statistiken für die Praxis 2000: 64. Aufwendungen für Renten.
- 9: Brief der VBL vom 16.8.2002 und Die Bundesregierung (2001): Zweiter Versorgungsbericht der Bundesregierung. Berlin, 18. September 2001. S.117. Angaben für 1999. Arbeitsgemeinschaft berufsständischer Versorgungswerke (ABV): Brief vom 28.8.2002.
- 10: Statistisches Jahrbuch 2002: S. 454.
- 11: Bundesanstalt für Arbeit (2002): Geschäftsbericht, S. 91.
- 12: Bundesfinanzministerium (2003): Monatsbericht, Juni 2003, S. 54.
- 13: Haustein, Thomas et al. (2002) Wohngeld in Deutschland 2000. In: Wirtschaft und Statistik, Nr. 6, S. 510-517.
- 14: Private und gesetzliche Pflegeversicherung: Brief des VdAK vom 22.8.2002. Pflegegeld. Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung. Für die PKV: Die private Krankenversicherung (2001): Zahlenbericht 2000/01, S. 39. Gesamte Leistungsausgaben.
- 15: Statistisches Bundesamt (2003): Soziale Sicherung. [www.destatis.de/basis/d/solei/soleitab4.htm](http://www.destatis.de/basis/d/solei/soleitab4.htm) vom 18.8.2003.
- 16: Statistisches Bundesamt (2001): Bafög 2000: 349 000 geförderte Studierende in Deutschland. Pressemitteilung vom 26.7.2001. Bundesanstalt für Arbeit, Geschäftsbericht 2000.
- 17: Brief des BMF, I A 5, vom 20.8.2002.
- 18: Statistisches Bundesamt (2000): Fachserie 13, Reihe 3. Sozialleistungen. Ausgaben und Einnahmen der Kriegsofopferfürsorge 1997-2000.
- 19: Statistisches Bundesamt (1999): Fachserie 13, Reihe 2. Sozialleistungen. Sozialhilfe. Angaben für 1999.

#### Anmerkungen:

\*: Einige, besonders ausgewiesene Angaben betreffen frühere Jahre.

- <sup>1</sup>: Die Bruttolöhne und -gehälter umfassen alle Geld- und Sachleistungen, die von einem Arbeitgeber an einen Arbeitnehmer als Entgelt für die von diesem in einer Periode geleistete Arbeit erbracht werden (vgl. Brümmerhoff und Lützel 2002: 22).
- <sup>2</sup>: Umfassen alle tatsächlichen und unterstellten Arbeitgeberbeiträge, insbesondere den Arbeitgeberbeitrag zur gesetzlichen Unfallversicherung, der in den Angaben des SOEP nicht enthalten ist.
- <sup>3</sup>: Das Arbeitnehmerentgelt setzt sich aus den Bruttolöhnen- und -gehältern und den Sozialbeiträgen der Arbeitgeber zusammen.
- <sup>4</sup>: Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung abzüglich Unterhalts- und Instandhaltungskosten.
- <sup>5</sup>: Angaben für das Jahr 1997.
- <sup>6</sup>: Einkünfte aus Lebensversicherungen, Pensions- und Sterbekassen sowie berufsständische Versorgungswerke. Einkünfte aus privaten Renten- und Lebensversicherungen werden im SOEP mit der Erhebung 2002 erstmalig erhoben.
- <sup>7</sup>: Angaben für das Jahr 1995.
- <sup>8</sup>: Zahlungen an Empfänger im In- und Ausland.
- <sup>9</sup>: Bruttorenten.
- <sup>10</sup>: Bruttoaufwendungen.
- <sup>11</sup>: Versorgungsbezüge der Versorgungsanstalt des Bundes und der Länder (6,611 Mrd. DM), Bahnversicherungsanstalt (8,1 Mrd. DM), Versorgungsanstalt der Deutschen Bundespost (9,0 Mrd. DM), Arbeitsgemeinschaft Berufständiger Versorgungseinrichtungen e.V. (ABV) 3,442 Mrd. DM, und Arbeitsgemeinschaft kommunale und kirchliche Altersversorgung (AKA) in 1999: 5,581 Mrd. DM.
- <sup>12</sup>: Betriebs- und sonstige Renten.
- <sup>13</sup>: Unterhaltsgeld, Insolvenzgeld, Übergangsgeld, Eingliederungshilfe. Angaben für 2001.
- <sup>14</sup>: Eine Unterscheidung zwischen einzelnen Komponenten (Mietzuschuss, pauschaliertes Wohngeld, etc....) ist nicht möglich, wobei das pauschalierte Wohngeld eine Leistung der Sozialhilfe darstellt.
- <sup>15</sup>: Eine Ausweisung des Mutterschaftsgeldes ist nicht möglich, da die GKV Leistungen zur Schwangerschaft und Mutterschaft nur gemeinsam ausweist. Diese machten in 2000 zusammen 5,33 Mrd. DM aus (BMG 2001, vorläufige Rechnungsergebnisse).
- <sup>16</sup>: Mutterschafts- und Erziehungsgeld.
- <sup>17</sup>: Bafoeg, Ausbildungshilfen und Stipendien.
- <sup>18</sup>: Energiesparmassnahmen nach § 82a EstDV, Eigenheimzulage nach § 9 Abs.2 EigZulG, Ökologische Zusatzförderung nach § 9 Abs. 3 u. 4 EStG, Kinderzulage nach § 9 Abs.5 EigZulG.
- <sup>19</sup>: Information wird im SOEP nicht eigenständig erhoben.
- <sup>20</sup>: Bruttoausgaben: Geld- und Sachleistungen. Laufende Leistungen (ohne Hilfe zur Arbeit). Angaben für 1999. Leistungen nach den Regelsätzen, Mehrbedarfzuschläge und Kosten der Unterkunft. Nicht enthalten: Laufende Hilfe in Form von Hilfe zur Arbeit, einmalige Leistungen an Empfänger laufender Hilfe, einmalige Leistungen an sonstige Hilfeempfänger, Hilfe zur Pflege, Eingliederungshilfe für Behinderte und Krankenhilfe.

Im Folgenden wird auf die wichtigsten Einkommenskomponenten näher eingegangen. Der Vergleich der Einkommensaggregate soll aber nur ein allgemeines Bild der Unterschiede wiedergeben und nicht alle spezifischen Differenzen darstellen.

### **10.2.1 Arbeitnehmerentgelte**

Die wichtigsten Einkommenskomponenten für die zugrundeliegende Mikrosimulation stellen die Bruttolöhne und -gehälter dar, da sie die vorrangige Bemessungsgrundlage für Krankenversicherungsbeiträge in der GKV darstellen. Es lassen sich zwei wichtige Einschränkungen für einen Vergleich der Aggregatinformationen aus dem SOEP und den Angaben des Statistischen Bundesamtes aufführen. Dies ist zum Einen die Populationsabgrenzung, da die Angaben des Statistischen Bundesamtes neben den privaten Haushalten (wie im SOEP) auch private Organisationen ohne Erwerbszweck umfas-

sen.<sup>308</sup> Zum Anderen ergibt sich eine andere Beeinträchtigung aus der Tatsache, dass das SOEP hingegen nur die empfangenen monetären Leistungen erfragt, das Statistische Bundesamt jedoch neben Geld- auch Sachleistungen ausweist (z.B. fringe benefits).<sup>309</sup> Es kann hier damit insgesamt von einer leichten Überschätzung des Aggregates Bruttolöhne und -gehälter im SOEP ausgegangen werden.<sup>310</sup>

Die Sozialbeiträge der Arbeitgeber werden im SOEP nur zu gut 80% erfasst, was zum Einen damit erklärt werden kann, dass im SOEP nur die tatsächlichen Sozialbeiträge und nicht, wie in den Angaben des Statistischen Bundesamtes, darüber hinaus auch die unterstellten Sozialbeiträge ausgewiesen werden. Zum Anderen werden im SOEP Sozialbeiträge der Arbeitgeber zur gesetzlichen Unfallversicherung nicht erfragt.

Als Ergebnis wird das Arbeitnehmerentgelt – bestehend aus den Sozialbeiträgen der Arbeitgeber und den Bruttolöhnen und -gehältern – im SOEP zu annähernd 98% nachgewiesen. Berücksichtigt man die methodischen Unterschiede im SOEP und beim Statistischen Bundesamt, so ist insgesamt eine sehr hohe Übereinstimmung zu konstatieren. Damit stehen die wichtigsten Einkommen für die hier vorgenommenen Mikrosimulationen, im Aggregat in hoher Übereinstimmung mit den Angaben aus der relevanten Referenzstatistik zur Verfügung.<sup>311</sup>

### **10.2.2 Einkommen aus Selbständigkeit**

In der Einkommensentstehungsrechnung der VGR ergeben sich die Einkommen aus Selbständigkeit und Vermögen als Residualgröße, indem vom gesamtwirtschaftlichen Produktionswert Vorleistungen, Abschreibungen, Produktionssteuern (abzüglich der Subventionen) und die Bruttoeinkommen aus unselbständiger Arbeit abgesetzt werden (vgl. Chevallier 1993). Damit besteht nur eine eingeschränkte Aussagefähigkeit bei einem Vergleich dieser Angaben mit dem SOEP, da diese Aspekte hier nicht berücksichtigt werden, sondern versucht wird das entsprechende Einkommen direkt zu erfragen.

---

<sup>308</sup> Eine Aussage zur quantitativen Bedeutung der privaten Organisationen ohne Erwerbszweck wurde hier nicht vorgenommen.

<sup>309</sup> Eine Bewertung dieses Unterschiedes ist ebenso nicht möglich.

<sup>310</sup> Diese leichte Überschätzung könnte als Indiz für den typischen Mittelstandsbias beim SOEP - so wie bei jedem Bevölkerungssurvey – gewertet werden.

<sup>311</sup> Eine hohe Übereinstimmung im Aggregat bedeutet dagegen nicht, dass auch die Verteilung der Einkommen mit der Referenzstatistik übereinstimmt. Aussagen zu diesem Aspekt sind hier aber nicht möglich.

Zum „unternehmerischen“ Bereich gehört auch die Wohnungsvermietung, sowie die Eigennutzung von Wohnraum durch die privaten Haushalte (Statistisches Bundesamt 2001: 16). Nach dem Konzept der VGR wird der Mietwert selbstgenutzten Wohneigentums als Bruttogröße ausgewiesen (Hartmann 1992). Eigentümerspezifische Kosten, wie Finanzierungskosten oder Kosten der Instandhaltung und des Unterhalts, werden nicht in Abzug gebracht, womit der "wahre" Mietwert überschätzt wird. Dabei können diese Kosten – insbesondere bei Hypothekenzahlungen – sogar den Nettomietwert übersteigen. Dieser Aspekt ist im SOEP jedoch berücksichtigt worden, d.h. es handelt sich hier um den Nettomietwert selbstgenutzten Wohneigentums, wodurch wiederum ein Vergleich eingeschränkt ist (vgl. Frick und Grabka 2003b).

Eine weitere Komponente des Betriebsüberschusses privater Haushalte stellen die Einkünfte aus der Wohnungsvermietung dar. Betriebsüberschüsse aus der Wohnungsvermietung (inkl. Pachteinahmen) werden im SOEP separat erfasst. Hier ist ein eigenständiger Vergleich mit den Angaben aus der Einkommensteuerstatistik für das Jahr 1995 möglich, nach dem das SOEP eine Nachweisquote von 97,8% erreicht.<sup>312</sup>

Insbesondere durch die Residualbildung bei der VGR zur Bestimmung des Einkommens aus Selbständigkeit, kommt es zu Einschränkungen der Vergleichbarkeit mit den Angaben aus dem SOEP. Damit relativiert sich die vergleichsweise geringe Nachweisquote des SOEP von rund 85% bei den Einkommen aus Selbständigkeit.

### **10.2.3 Vermögenseinkommen**

Eine detaillierte Darstellung der Geldvermögenseinkommen der Privathaushalte ist nach den Angaben der Deutschen Bundesbank nur für das Jahr 1997 erhältlich. Um einen mit dem SOEP vergleichbaren Einkommensbegriff zu erhalten, werden hier die Einkünfte aus Versicherungen (60,7 Mrd. DM) herausgerechnet.<sup>313</sup> Es verbleiben Einkommen aus Geldvermögen von Banken, Bausparkassen und aus Wertpapieren, die sich auf 132,3 Mrd. DM in 1997 im SOEP summieren. Damit liegt die Nachweisquote im SOEP nur bei rund 41%. Eingeschränkt wird dieser Vergleich aber zum Einen dadurch, dass die Angaben der Deutschen Bundesbank auch Organisationen ohne Erwerbszweck umfas-

---

<sup>312</sup> Dieser Vergleich ist z.B. aufgrund eines anderen Bezugsjahres in der Tabelle 21 nicht separat aufgenommen, sondern nur das gesamte Aggregat der Einkommen aus Selbständigkeit ausgewiesen.

<sup>313</sup> Einkünfte aus Versicherungen umfassen Einnahmen einschließlich entnommenem Spar-Anteil von Lebensversicherungen, Pensions- und Sterbekassen sowie berufsständischen Versorgungswerken. Diese Einkunftsarten werden im SOEP nicht als eigenständige Vermögenseinkommen erfasst.

sen und eine getrennte Ausweisung nicht möglich ist. Zum Anderen werden Geldvermögenseinkommen "im In- und Ausland" ausgewiesen. Inwiefern diese Unterscheidung sich auf einen Abgleich mit den Angaben des SOEP auswirkt, ist nicht bekannt, dies könnte aber als ein weiterer Hinweis für eine unterschiedliche Abgrenzung interpretiert werden.

Alternativ wird hier deshalb das Kapitalvermögen nach den Angaben der Einkommenssteuerstatistik für das Jahr 1995 ausgewiesen. Danach beliefen sich die Einnahmen aus Kapitalvermögen auf 33,1 Mrd. DM. Im SOEP werden für dieses Stichjahr Kapitaleinkünfte in Höhe von 56,5 Mrd. DM nachgewiesen, was einer Nachweisquote von etwa 170% entsprechen würde. Der Unterschied geht vermutlich auch darauf zurück, dass in der Einkommensteuerstatistik nur die tatsächlich zu versteuernden Einkünfte ausgewiesen werden. Im Falle von Kapitaleinkünften kann aber Steuerfreiheit vorliegen, wenn diese außerhalb der Spekulationsfrist realisiert wurden. Da im SOEP die Gesamtheit der Kapitaleinkünfte erfragt und steuerliche Aspekte bei dieser Einkunftsart vernachlässigt werden, kann zumindest aus dem Vergleich mit der Einkommensteuerstatistik geschlossen werden, dass das SOEP die Kapitaleinkünfte vergleichsweise gut erfasst.<sup>314</sup> Eine generelle Aussage über die Validität der Vermögenseinkommen im SOEP ist allerdings – auch aufgrund fehlender weiterer Referenzstatistiken – nicht möglich.

#### **10.2.4 Rentenzahlungen**

Die gesamten Renteneinkommen setzten sich aus einer Vielzahl verschiedenster Rentenarten zusammen. Die wichtigsten stellen die Renten der Rentenversicherung der Arbeiter und Angestellten mit rund 350 Mrd. DM im Jahr 2000 dar. Diese können im SOEP offensichtlich vollständig nachgewiesen werden. Als zweitgrößtes Aggregat folgt die Beamtenversorgung mit knapp 60 Mrd. DM, die ebenfalls etwa zu 100% im SOEP nachgewiesen wird. Die Nachweisquoten bei den Renten der Knappschaft und der betrieblichen Altersversorgung liegen bei rund 80%. Schlechtere Nachweisquoten zeigen sich beim SOEP für die Zusatzversicherungen, die Renten der Unfallversicherung, der Kriegsopferversorgung und der Alterssicherung der Landwirte, wobei bei den beiden

---

<sup>314</sup> Dies steht jedoch im Gegensatz zu Aussagen der Canberra Group: "Household surveys are notoriously bad at measuring income from capital and self-employment income" (Canberra Group 2001: 62).

letztgenannten der Vergleich aufgrund der Bruttorentenleistungen im Vergleich zu den empfangenen Rentenbeträgen im SOEP erschwert wird.<sup>315</sup>

Insgesamt werden die gesamten Rentenleistungen im SOEP nur leicht unterschätzt (93%). Die unterschiedlich hohen Nachweisquoten bei den jeweiligen Rentenarten, dürften dabei unter anderem auf die Unwissenheit der Empfänger zurückzuführen sein, die dazu führt, dass Renten der GRV im SOEP eher überschätzt werden.

### **10.2.5 Lohnersatzleistungen**

Die hier ausgewiesenen Lohnersatzleistungen setzen sich vorrangig aus dem Arbeitslosengeld, der Arbeitslosenhilfe und dem Übergangsgeld zusammen und summierten sich nach den amtlichen Angaben im Jahre 2001 auf insgesamt 54,2 Mrd. DM. Das SOEP unterschätzt diese Einkommen nur leicht und erreicht eine Nachweisquote von 96,3%.

### **10.2.6 Transfereinkommen**

Unter den Transfereinkommen werden alle bisher nicht aufgeführten staatlichen Sozialtransfers verstanden (z.B. Kinder-, Erziehungsgeld, Sozialhilfe, etc.). Die Nachweisquote der aufgeführten Transfereinkommen insgesamt im SOEP beläuft sich auf etwas mehr als 91%, wobei deutliche Unterschiede innerhalb der verschiedenen Transferarten festzustellen sind.

Als zu hoch erscheint im SOEP die Summe aus Bafoeg und Berufsausbildungsbeihilfe (138,4%), was sich allerdings daraus erklärt, dass hier, im Gegensatz zu Referenzstatistiken die privaten Stipendien nicht berücksichtigt sind. Das Pflegegeld aus der gesetzlichen und privaten Pflegeversicherung wird im SOEP um rund 1 Mrd. DM überschätzt (110%). Demgegenüber besteht eine Untererfassung von staatlichen Transfers wie z.B. beim Wohngeld (75%), der Wohneigentumsförderung (76%) oder der Sozialhilfe (insgesamt rund 50%).

Die beobachtete Untererfassung bei der Wohneigentumsförderung dürfte auf die vergleichsweise komplizierten Regelungen, aufgrund der neu eingeführten Eigenheimför-

---

<sup>315</sup> Die niedrige Nachweisquote bei der Zusatzversorgung könnte mit der Unwissenheit der Befragten erklärt werden, die vermutlich nur ihre Renteneinkünfte bei der Rentenversicherung der Arbeiter und Angestellten angeben. Da die Angaben der Rentenversicherung der Arbeiter und Angestellten auch Renten an Personen im Ausland umfassen, dürfte die Nachweisquote des SOEP für die Privathaushalte in Deutschland deutlich höher liegen, was das genannte Argument stützen dürfte.



derung im Jahr 1996, zurückzuführen sein.<sup>316</sup> Die geringe Nachweisquote bei der Sozialhilfe erklärt sich dadurch, dass in den Angaben des Statistischen Bundesamtes neben den direkten Geldleistungen auch die Kosten für die Unterkunft enthalten sind, im SOEP dagegen nur die direkten Geldleistungen. Die Kosten für die Unterkunft dürften dabei rund 20-30% der monetären Ausgaben ausmachen. Hinzu kommt, dass in der Referenzstatistik auch Sachleistungen enthalten sind, die wiederum im SOEP nicht erfasst werden. Berücksichtigt man die teilweise erheblichen Abgrenzungsunterschiede, so kann trotzdem eine insgesamt relativ gute und hohe Erfassung der monetären (staatlichen) Transfers im SOEP konstatiert werden.

### 10.3 Fazit

Das SOEP stellt eine gute Datenbasis zur Beschreibung der Einkommenssituation der Wohnbevölkerung in Deutschland dar. Im Vergleich zu relevanten Referenzstatistiken sind zum Teil sehr hohe Erfassungsquoten nachweisbar. Wie jeder Bevölkerungssurvey hat das SOEP typischerweise im Bereich der Selbständigeinkommen, vor allem bei den Geldvermögenseinkommen niedrigere Nachweisquoten.

Die Ergebnisse lassen sich aber insofern relativieren, als die hier verwendeten Referenzstatistiken eigene methodische Probleme der Erfassung und Repräsentation aufweisen und demnach nicht als "Goldstandard" anzusehen sind, sondern lediglich einen notwendigen Hinweis für Unter- oder Übererfassungen auf Seiten des SOEP geben. Das SOEP kann damit als eine geeignete Datenbasis für die folgenden Mikrosimulationen, in Bezug auf die Repräsentation des Krankenversicherungsschutzes und der jeweiligen Bemessungsgrundlage zur Bestimmung des Krankenversicherungsbeitrags angesehen werden.

---

<sup>316</sup> So kann in den Daten des SOEP wiederholt beobachtet werden, dass Empfänger der Wohneigentumsförderung den Förderbetrag nicht periodengerecht über die 8 Förderjahre verteilen, sondern die Gesamtsumme einmalig angeben, bzw. bei einmalig richtiger Angabe im Folgejahr diesen Transfer vergessen.

## 11 Beschreibung der Rahmenbedingungen und Annahmen zur Mikrosimulation

Die Untersuchungspopulation stellt die gesamte Wohnbevölkerung in Deutschland, gegliedert nach ihrem Krankenversicherungsstatus, dar. Die Simulationen zum Status Quo beziehen sich auf den Rechtsstand zum Zeitpunkt 1.1.2001. Es wird eine separate Simulation des Eigenanteils zur Krankenversicherung und des Arbeitgeberbeitrags bzw. von Beitragszuschüssen vorgenommen.

Die Simulation bezieht sich im wesentlichen auf Veränderungen der bestehenden Regelungen in der GKV bzw. auf die Frage, welche Wirkungen eine Ausweitung der Versicherungspflicht auf bisher nicht in der GKV versicherte Bevölkerungskreise hätte. Im Folgenden wird auf die spezifischen Eckpunkte und Annahmen zur Mikrosimulation eingegangen.

### Übersicht 8: Verwendete Modellparameter und Modellannahmen

Untersuchungspopulation:	gesamte Wohnbevölkerung
Versicherungsstatus:	Ermittelt aus Befragungsergebnisse der SOEP-Erhebung 2001 und nach den Regelungen des SGB V
Rechtsstand:	1.1.2001
Beitragsbemessungsgrenze	alte Bundesländer: monatlich 6.450 DM (jährlich 77.400 DM), neue Bundesländer: monatlich 5325 DM (jährlich 63.900 DM)
Beitragssätze	differenzierte Annahmen (vgl. unten Abs. 11.1 und 11.2)
630-DM-Jobs	Beitragssatz in Höhe von 10% der vom Arbeitgeber zu entrichten ist (Rechtsgrundlage seit dem 1.4.1999)
Selbständig Erwerbstätige	Anwendung des erhöhten Beitragssatzes (bei Absicherung einer 6-wöchigen Einkommensfortzahlung im Krankheitsfalle)
Krankenversicherung von aktiven Landwirten	Krankenversicherung der aktiven Landwirte wird nicht simuliert, da Angaben zur Bemessungsgrundlage nicht vorliegen (Bodenwert und Hektargröße). Aktive Landwirte werden im Folgenden wie Selbstständige behandelt
Krankenversicherung von Seeleuten	keine differenzierte Betrachtung: Pflichtversicherten gleichgestellt
Krankenversicherung bei besonderen Sicherungsformen	Beitragsregelungen wie GKV-Versicherte
Krankenversicherung über die Freie Heilfürsorge	kein eigener Beitrag
Freiwillig versicherte Familienangehörige ohne eigene Einkünfte	gelten als Mitversicherte ohne eigenen Beitrag
Bezieher von laufender Hilfe	pauschaler Krankenversicherungsbeitrag der Sozialhil-

zum Lebensunterhalt	Träger als Quasi-Arbeitgeberbeitrag
Zuordnung von haushaltsbezogenen Einkommen	Beitragspflichtige Kapitaleinkünfte (Zinsen, Dividenden, Erträge aus Vermietung und Verpachtung) werden auf alle Erwachsenen (ab 16 Jahren) in einem Haushalt zu gleichen Teilen verteilt.
Arbeitgeberbeitrag / Beitragszuschuss	separate Simulation des Arbeitgeberbeitrags, der Beiträge der Rentenversicherungsträger, der Beiträge für Empfänger von Lohnersatzleistungen und von Beziehern laufender Hilfe zum Lebensunterhalt.
Währung	Angaben in DM, da Bezugsjahr 2001

## 11.1 Verwendung des durchschnittlichen Beitragssatzes

Der Beitragssatz in der GKV ist abhängig von der gewählten Krankenkasse.<sup>317</sup> Die Beitragssatzspanne machte 2001 bundesweit 3,9 Beitragssatzpunkte aus und variierte zwischen 11,0% und 14,9%. Eine Verwendung des kassenspezifischen Beitragssatzes ist jedoch schwierig. Bedingt durch das seit 1996 geltende Kassenwahlrecht können Mitglieder in der GKV ihre Krankenkasse nach dem Wohn- oder Beschäftigungsort frei wählen. Da eine entsprechende Aufgliederung der Daten des SOEP nicht vorliegt, ist eine eindeutige Zuweisung der Krankenkasse und des kassenspezifischen Beitragssatzes nicht möglich. Insbesondere ist keine eindeutige Zuweisung bei den Mitgliedern von Innungskrankenkassen möglich, da sich die Befragung des SOEP nur auf die Gesamtheit dieser Kassenart richtet.<sup>318</sup> Zudem wäre ein erheblicher Verknüpfungsaufwand erforderlich, um bei den Betriebs- und sonstigen Krankenkassen den kassenspezifischen Beitragssatz den Befragten des SOEP zuzuordnen, da nur Klarschriftangaben mit hohem Item-non response verfügbar sind.<sup>319</sup> Eventuelle Wechsel der Krankenkasse bleiben in den folgenden Modellrechnungen also unberücksichtigt.

Da mehr als 80% aller Mitglieder in der GKV im Jahre 2001 eine Abweichung von weniger als einem Beitragssatzpunkt vom durchschnittlichen Beitragssatz hatten (VdAK 2001: 52), ist es durchaus vertretbar, in den folgenden Modellrechnungen nur den durchschnittlichen Beitragssatz zu verwenden. Indem ein jahresdurchschnittlicher Beitragssatz Anwendung findet, können auch unterjährige Veränderungen des Beitragssatzes vernachlässigt werden.

<sup>317</sup> Im Jahre 1999 gab es in Deutschland 455 gesetzliche Krankenkassen (BMG 2001: 342).

<sup>318</sup> Bundesweit gibt es 23 verschiedene Innungskrankenkassen, wobei jedes dieser Unternehmen eigenständige Finanzhoheit mit eigenen Beitragssätzen hat (IKK 2002).

## 11.2 Anwendung der Beitragssatzarten bei verschiedenen Modellvarianten

Nach §241ff. SGB V unterscheidet man in der GKV grundsätzlich drei Arten von Beitragssätzen, die im Folgenden auch berücksichtigt werden. Es handelt sich hierbei um den allgemeinen, den ermäßigten und den erhöhten Beitragssatz.<sup>320</sup>

Bei einer Simulation der Ausweitung der Beitragsbemessungsgrundlage auf sonstige Einkommensarten wird die Annahme getroffen, dass hierdurch kein bzw. kein erhöhter Anspruch auf Krankengeld entsteht. Sonstige Einkunftsarten werden im Modell somit mit dem ermäßigten Beitragssatz belastet. Bei Simulationen einer Ausweitung der Versicherungspflicht auf die gesamte Wohnbevölkerung wird unterstellt, dass alle Personen die bisher ohne Krankenversicherungsschutz oder privat versichert<sup>321</sup> sind, den bisher geltenden Beitragsregelungen für freiwillig in der GKV versicherte Mitglieder unterliegen.

### Übersicht 9: Durchschnittliche Beitragssätze in der GKV 2001

Beitragssatzart	Personengruppe	aBL <sup>1</sup>	nBL <sup>2</sup>
1. Erhöhter Beitragssatz (hBS):	Personen ohne Anspruch auf 6-wöchige Gehaltsfortzahlung durch den Arbeitgeber, aber Krankengeld durch KV	14,7%	15,1%
2. Allgemeiner Beitragssatz (aBS):	Personen mit Anspruch auf 6-wöchige Gehaltsfortzahlung durch den Arbeitgeber und Krankengeld durch KV	13,5%	13,8%
3. Ermäßigter Beitragssatz: (eBS)	Personen ohne Krankengeldanspruch	12,7%	13,0%
<i>nachrichtlich:</i>			
4. Halber allgemeiner Beitragssatz (0,5 aBS)		6,75%	6,90%
5. Halber ermäßigter Beitragssatz (0,5 eBS)		6,35%	6,50%

Quelle: Infratest Sozialforschung (2001): Das Beitragsvolumen der gesetzlichen Krankenversicherung bei Einbeziehung alternativer Einkommensarten und alternativer Beitragssätze in die Beitragspflicht (2001). Gutachten im Auftrage des Bundesministeriums für Gesundheit, in Zusammenarbeit mit dem DIW Berlin.

<sup>1</sup>: aBL: alte Bundesländer.

<sup>2</sup>: nBL: neue Bundesländer.

<sup>319</sup> Im Jahre 2001 gaben 3287 Personen an, Mitglied einer Betriebskrankenkasse zu sein, und 335 gaben an, einer sonstigen Krankenkasse anzugehören.

<sup>320</sup> Vgl. Kapitel 2.1.2 zu den Finanzierungsgrundlagen der GKV.

<sup>321</sup> Personen, die über die Freie Heilfürsorge versichert sind, unterliegen in diesen Varianten ebenso den Beitragsregelungen von freiwillig GKV-Versicherten.

**Übersicht 10: Beitragshöhe in der GKV nach Einkommensarten für pflicht- und freiwillig versicherte Arbeitnehmer und Rentner im Status Quo<sup>1</sup> und in den Reformmodellen**

Einkommensart	Kreis der versicherten Personen					
	Status Quo				Reformmodelle	
	abhängig beschäftigte Arbeitnehmer		Rentner und sonstige Versicherte <sup>4</sup>		bisherige GKV-Versicherte bzw. Wohnbevölkerung	
	Pflicht-versichert	Freiwillig-versichert	Pflicht-versichert	Freiwillig-versichert	Pflicht-versichert	Freiwillig-versichert
Lohn/Gehalt	0,5 aBS	aBS <sup>2</sup>	0,5 aBS	0,5 aBS	0,5 aBS	0,5 aBS
Einkommen aus selbst. Tätigkeit	---	---	0,5 aBS	eBS	eBS	eBS
Einkünfte aus Nebentätigkeit >= 630 DM	---	---	---	eBS	eBS	eBS
Rente der gesetzlichen Rentenversicherung	0,5 aBS	---	0,5 aBS	eBS <sup>3</sup>	0,5 aBS	eBS
Betriebliche Altersversorgung	0,5 aBS	---	0,5 aBS	eBS	0,5 aBS	eBS
Zusatzversorgung des öffentl. Dienstes						
Beamtenversorgung						
Landwirtschaftliche Altersrente						
Berufsständische Versorgung						
Gesetzliche Unfallrente	---	---	---	eBS	eBS	eBS
Kriegsopferversorgung	---	---	---	eBS	eBS	eBS
Sonstige Renten	---	---	---	eBS	eBS	eBS
Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung	---	---	---	eBS	eBS	eBS
Einkünfte aus Zinsen						
Private Transfers	---	---	---	---	---	---

<sup>1</sup>: Sonderregeln für Arbeitslose, Studenten, Mutterschutz, etc. Für Selbständige gilt der volle erhöhte Beitragssatz, da als Bemessungsgrundlage die gesamte wirtschaftliche Leistungsfähigkeit herangezogen wird.

<sup>2</sup>: Inkl. Beitragszuschuss des Arbeitgebers in Höhe des halben allgemeinen Beitragssatzes (der jeweiligen Krankenkasse). Der Arbeitgeberzuschuss wird in den vorliegenden Modellrechnungen separat errechnet, daher wird nur der halbe allgemeine Beitragssatz (0.5aBS) unterstellt.

<sup>3</sup>: Inkl. Beitragszuschuss des Rentenversicherungsträgers in Höhe von 6,75% in Westdeutschland und 6,9% in Ostdeutschland. Der Arbeitgeberzuschuss wird in den vorliegenden Modellrechnungen separat errechnet, daher wird nur der halbe ermäßigte Beitragssatz (0.5eBS) unterstellt.

<sup>4</sup>: sonstige Versicherte sind z.B. nicht erwerbstätige Mitglieder der GKV.

In den Reformmodellen werden PKV-Versicherte und Personen ohne Krankenversicherungsschutz wie freiwillige Mitglieder in der GKV behandelt.

### 11.3 Unterjährige Veränderungen des Versicherungsstatus und der Bemessungsgrundlage

Eine Einschränkung der folgenden Simulationsrechnungen beruht auf dem erhebungsgedingten Problem der Diskrepanz zwischen aktuell erfragtem Versicherungsstatus und

retrospektiv erfasster Bemessungsgrundlage (Vorjahreseinkommen), welche zu Fehlspezifikationen führen kann. In der Simulationsrechnung wird unterstellt, dass der Versicherungsstatus zum Befragungszeitpunkt eines Kalenderjahres auch im gesamten Vorjahreszeitraum bestanden hätte. Damit wird bei einem Wechsel von Versicherten der GKV zur PKV die Gesamtzahl der GKV-Versicherten im Stichjahr der Simulation unterschätzt.<sup>322</sup> Diese Problematik besteht auch bei Personen, die sich aktuell im Wehr- oder Zivildienst befinden und vorher versicherungspflichtige Einkünfte als GKV-Mitglied hatten.<sup>323</sup> Als Folge davon ist die Schätzung der gesamten Beitragseinnahmen der GKV um den Personenkreis ehemaliger GKV-Versicherter unterschätzt. In Anbetracht der quantitativ geringen Bedeutung und ihrer vergleichsweise geringen empirischen Relevanz bei Verwendung der Daten des SOEP, wird dieser Aspekt jedoch vernachlässigt.<sup>324</sup>

Die Kalkulation von Krankenversicherungsbeiträgen basiert im Modell auf dem gesamten beitragspflichtigen Jahreseinkommen, wobei unterjährige Veränderungen der Bemessungsgrundlage nicht berücksichtigt werden. Dieses Vorgehen führt zu einer Überschätzung der Beitragseinnahmen, da hier beitragspflichtige Einkommen bis zur Höhe der jährlichen BBG belastet werden und keine periodengerechte Zurechnung auf Monatsbasis vorgenommen wird.<sup>325</sup> Dies betrifft insbesondere sogenannte Einmalzahlungen, die bei dieser Kalkulation auf das gesamte Jahr umgelegt werden und so zu einer Überschätzung der Beitragseinnahmen führen können.

---

<sup>322</sup> So lag der Wanderungssaldo zwischen GKV und PKV im Jahre 2001 bei rund 213.000 Personen zugunsten der PKV, BMG (2002).

<sup>323</sup> Hier wird die Annahme getroffen, dass diese durchweg beitragsfrei in der Freien Heilfürsorge versichert sind.

<sup>324</sup> Wanderungsbewegungen hin zur GKV gibt es zwar auch, doch ist deren Quantifizierung schwierig, und sie fallen per Saldo kaum ins Gewicht.

<sup>325</sup> Bezieht z.B. ein Versicherter innerhalb eines Jahres nur sechs Monate sozialversicherungspflichtige Einkünfte oberhalb der BBG, so werden bei der Jahreskalkulation im Modell diese Einkünfte gleichmäßig über das gesamte Jahr verteilt, anstatt periodengerecht Beiträge jeden Monat nur bis zur BBG zu erheben. Bei Vorliegen einer unständigen Beschäftigung ist das beitragspflichtige Einkommen nach den geltenden Regelungen ohne Rücksicht auf die Beschäftigungsdauer in einem Kalendermonat bis zur Höhe von einem Zwölftel der BBG bei der Beitragsbemessung zu veranschlagen. Werden mehrere unständige Beschäftigungen ausgeübt, so ist das gesamte Arbeitsentgelt zur Beitragsbemessung heranzuziehen. Da im SOEP retrospektiv das gesamte Einkommen des Vorjahres erfragt wird ohne die Beschäftigungsdauer zu berücksichtigen, kann es zu einer Überschätzung der Bemessungsgrundlage und daraus resultierend der Krankenversicherungsbeiträge kommen.

## 11.4 Beitragsregelungen für besondere Versichertengruppen

Besondere Beitragsregelungen gelten für Mitglieder der Seekrankenkasse, Rehabilitanden, Personen in Einrichtungen und für Künstler und Publizisten (vgl. §233 bis 235 SGB V). Diese Sonderregelungen werden aufgrund der geringen quantitativen Relevanz dieser Gruppen für die vorliegenden Modellrechnungen vernachlässigt und statt dessen die Beitragsregelungen für versicherungspflichtige Beschäftigte für die genannten Versicherten unterstellt.

Der Krankenversicherungsbeitrag für versicherungspflichtige Studenten in der GKV lag im Wintersemester 1999/2000 bei monatlich 81,70 DM in Westdeutschland und 67,90 DM in Ostdeutschland. Krankenversicherungspflicht besteht bei Bafoeg-Beziehern, die nicht in der elterlichen Wohnung leben, und bei Studenten, die das 25. Lebensjahr bereits vollendet haben.<sup>326</sup> Hier wird die Annahme getroffen, dass bis zum 25. Lebensjahr generell Beitragsfreiheit in der Familienversicherung herrscht und anschließend der ordentliche Studententarif zur Krankenversicherung entrichtet wird. Vom 30. Lebensjahr an werden Studenten als freiwillige Mitglieder geführt und unterliegen deren Beitragsregelungen.

Beitragsfreiheit liegt bei Bezug von Krankengeld, Mutterschaftsgeld oder Erziehungsgeld vor (vgl. §224 SGB V). Pflichtversicherte Bezieher von Mutterschaftsgeld und Erziehungsgeld werden in den vorliegenden Modellrechnungen als Mitglieder ohne eigenes Einkommen geführt und entrichten keine Krankenversicherungsbeiträge. Bei freiwilligen Mitgliedern wird die Beitragsfreiheit vernachlässigt und das gesamte Einkommen als Bemessungsgrundlage herangezogen. Hierdurch kommt es für diese Versicherten zu einer Überschätzung der Beitragseinnahmen. Es kann aber unterstellt werden, dass freiwillige Mitglieder der GKV mit Bezug von Mutterschafts- oder Erziehungsgeld, quantitativ nur sehr geringes Gewicht haben und dass zudem deren Bemessungsgrundlage aufgrund der Elternschaft gering ist.

Für verheiratete freiwillige Mitglieder in der GKV mit keinen oder geringen Einkommen, kann nach geltendem Recht das Einkommen des Ehepartners für die Beitragsbe-

---

<sup>326</sup> Erwerbseinkommen, die neben dem Studium erlangt werden, sind beitragsfrei.

messung mit herangezogen werden. Die Anrechnung des Ehegatteneinkommens bis zur vollen Höhe der BBG ist gesetzlich jedoch nicht vorgeschrieben.<sup>327</sup> Auch hier wird aufgrund geringer empirischer Relevanz im übrigen auch aufgrund der unterschiedlichen Auslegung der Beitragsregelungen bei den Krankenkassen, die Heranziehung des Ehegatteneinkommens vernachlässigt und nur das individuelle Einkommen zur Beitragsbemessung berücksichtigt.<sup>328</sup>

Pflichtversicherte Rentner, die neben ihren Renteneinkünften auch Einkommen aus Selbständigkeit beziehen, haben auf ihr selbständiges Einkommen Krankenversicherungsbeiträge in Höhe des halben allgemeinen Beitragssatzes zu entrichten. Übersteigt das Einkommen aus Selbständigkeit die Rentenzahlungen, so ist dieser Rentner freiwilliges Mitglied in der GKV mit den entsprechenden Beitragsregelungen. Diese Regelung ist hier berücksichtigt worden.

## 11.5 Bestimmung der Bemessungsgrundlage von GKV-Versicherten

### 11.5.1 Bestimmung des Arbeitsentgelts

Die Bemessungsgrundlage in der GKV stellt im wesentlichen das sozialversicherungspflichtige Bruttoeinkommen aus abhängiger Beschäftigung (Bruttoarbeitsentgelt) dar. Der Begriff des Arbeitsentgelts umfasst alle laufenden und einmaligen Einnahmen aus einer Beschäftigung unabhängig, von der Entgeltart (z.B. Lohn/Gehalt oder als Sachbezug).<sup>329</sup> Das Arbeitsentgelt in der Sozialversicherung ist mit dem Arbeitslohn im Lohnsteuerrecht identisch. Daher werden Beiträge und Steuern weitgehend auf Basis der gleichen Einnahmen berechnet. Im SOEP wird aber nicht das Arbeitsentgelt, sondern das (steuerpflichtige) Bruttoerwerbseinkommen erfragt. Eine Aussage zur Quantifizierung der Differenz zwischen diesen Einkommensbegriffen ist schwierig und wird hier nicht vorgenommen. Jedoch wird in der Simulation davon ausgegangen, dass das erfragte Bruttoerwerbseinkommen ein geeigneter Indikator für das sozialversicherungspflichtige Arbeitsentgelt ist.

---

<sup>327</sup> Ein einheitliches Vorgehen ist auf Kassenseite nicht gegeben, da per Satzung die Heranziehung des Einkommens des Ehepartners auf die Hälfte der BBG freiwillig begrenzt werden kann (BSG 2002).

<sup>328</sup> Auch die Verwendung eines Mindestbeitrags bei Vorliegen einer freiwilligen Mitgliedschaft in der GKV wird aufgrund geringer Relevanz vernachlässigt.



Einige Besonderheiten in der Abgrenzung des Arbeitsentgelts sind zu beachten und werden im Folgenden kurz beschrieben: Auf der Lohnsteuerkarte eingetragene Steuerfreibeträge haben keinen Einfluss auf das sozialversicherungspflichtige Entgelt.<sup>330</sup> Demgegenüber zählen Abfindungen, die wegen Verlust des Arbeitsplatzes gezahlt werden, nicht zum Arbeitsentgelt.<sup>331</sup> Abfindungen stehen in keinem Zusammenhang zu der aktuellen Beschäftigung, sondern beziehen sich auf den Wegfall künftiger Verdienstmöglichkeiten. Damit gehören sie nach geltendem Recht nicht zum aktuellen Arbeitsentgelt und sind daher beitragsfrei. Jedoch kann eine genaue Abgrenzung von Abfindungszahlungen im SOEP nicht vorgenommen werden, da diese nicht als eigenständige Information erfragt wird. Es kann somit zu einer leichten Überschätzung des sozialversicherungspflichtigen Arbeitsentgelts kommen.

Ein bedeutender Einkommensbestandteil des Bruttoeinkommens stellen Sonntags-, Feiertags- und Nachtarbeitszuschläge dar. Diese sind in der Regel steuerfrei und unterliegen auch keiner Beitragspflicht zur Sozialversicherung.<sup>332</sup> Über den Umfang dieser Zuschläge kann an dieser Stelle nur spekuliert werden, es führt aber zu einer Überschätzung der hier verwendeten Bemessungsgrundlage, da dieser Aspekt nicht berücksichtigt werden kann.<sup>333</sup> In Deutschland arbeiteten nach Angaben des Mikrozensus im Jahr 2000 rund 51 % der Erwerbstätigen regelmäßig oder zumindest gelegentlich an Wochenenden, in der Nacht oder sind in Form von Schichtarbeit berufstätig (Statistisches Bundesamt 2001). Allein die Quote für Sonntagsarbeit liegt in Deutschland bei rund 23% aller Erwerbstätigen (Schupp 2001: 410). Damit wird in den vorliegenden Simulationen ein wichtiger Lohnzusatzbestandteil als Bemessungsgrundlage für die Krankenversicherung deutlich überschätzt.

Fließt einem Arbeitnehmer Arbeitslohn in Form von Sachbezügen zu, so sind diese entweder dem laufenden Arbeitslohn oder den sonstigen Bezügen zuzuordnen. Hierfür

---

<sup>329</sup> Vgl. Tabelle 22 zur Abgrenzung des Begriffs Arbeitsentgelt und seiner Zuordnung im Sozialversicherungsrecht.

<sup>330</sup> Steuerlichen Freibeträgen liegen keine zusätzlich zu Löhnen und Gehältern gezahlten Einnahmen zu Grunde; es handelt sich lediglich um steuerrechtliche Rechengrößen. Sie mindern daher das Arbeitsentgelt als Bemessungsgrundlage für den Krankenversicherungsbeitrag nicht.

<sup>331</sup> Vgl. Bundessozialgericht (BSG) in seinem Urteil vom 21.2.90 (AZ 12 RK 20/88).

<sup>332</sup> Einnahmen aus der Beschäftigung, die der Arbeitgeber steuerfrei auszahlen darf, unterliegen nicht der Beitragspflicht.

<sup>333</sup> Angaben zur Schichtarbeit und zu Nacht-, Sonntags- und Feiertagsarbeit liegen im SOEP nur in ausgewählten Jahren und nur zum aktuellen Befragungsmonat vor. Eine adäquate Berücksichtigung dieses Aspektes war daher nicht möglich. Zuschläge für Nachtarbeit machen z.B. in der Bayerischen Metall- und

wird im Lohnsteuerrecht und im Sozialversicherungsrecht der Ausdruck „geldwerter Vorteil“ verwendet (vgl. auch §8 Abs. 2 EStG). Als geldwerter Vorteil wird der Betrag angesehen, den der Arbeitnehmer ausgeben würde, wenn er den Sachbezug zum regulären Marktpreis erwerben müsste. Für die Besteuerung und die Bestimmung des Versicherungsbeitrags unentgeltlicher Sachbezüge ist dabei deren Geldwert maßgebend. Erhält der Arbeitnehmer die Sachbezüge nicht unentgeltlich, so ist der Unterschiedsbetrag zwischen dem Geldwert als Sachbezugswert mit dem tatsächlichen Entgelt zu versteuern bzw. dem Beitragsabzug zu unterwerfen.<sup>334</sup> Geldwerte Vorteile werden im SOEP nicht erfasst und können daher hier nicht simuliert werden. Schätzungen über das Volumen von geldwerten Vorteilen und den daraus abzuleitenden zusätzlichen Sozialversicherungsbeiträgen sind nicht bekannt.

In der folgenden Tabelle 22 sind verschiedene Einkunftsarten und ihre Berücksichtigung im Sozialversicherungsrecht dargestellt. Da im SOEP nur "typische" Einkunftsarten erfragt werden, konnte eine solche Detailliertheit in der Simulation nicht erreicht werden.

**Tabelle 22: Sozialversicherungspflicht verschiedener Einkommensarten**

Bezeichnung der Einnahme	Einnahme gilt im Sozialversicherungsrecht als ... (Arbeitsentgelt = beitragspflichtig)
Abfindung für den Verlust des Arbeitsplatzes	Kein Arbeitsentgelt
Altersteilzeit – Aufstockungsbetrag	Kein Arbeitsentgelt soweit steuerfrei: (steuerfrei, soweit er zusammen mit dem Nettolohn für die Altersteilzeitarbeit 100% des Nettolohns ohne Altersteilzeitarbeit nicht übersteigt )
Arbeitnehmeranteil an den Sozialversicherungsbeiträgen, den der Arbeitgeber freiwillig übernimmt	Arbeitsentgelt
Arbeitnehmeranteil bei pauschal besteuerten Personalrabatten	Kein Arbeitsentgelt
Aufmerksamkeiten (monetäre)	Arbeitsentgelt
steuerfreie Aufwandsentschädigungen, Auslagenersatz	Kein Arbeitsentgelt
Zuwendungen des Arbeitgebers	Kein Arbeitsentgelt, wenn steuerfrei oder pauschal versteuert
Dienstwohnung, kostenlos oder verbilligt	Arbeitsentgelt als Sachbezug (§ 4 SachBezV)
Direktversicherung, pauschal besteuerte Beiträge, aus Zusatzleistungen des Arbeitgebers oder aus Sonderzahlungen finanziert	Kein Arbeitsentgelt
Dreizehntes Monatsgehalt	einmaliges Arbeitsentgelt
Erholungsbeihilfen	Kein Arbeitsentgelt, wenn steuerfrei oder pauschal

Elektroindustrie 25% (bei gleichzeitiger Mehrarbeit 60%) aus. Zuschläge für Sonn- und Feiertage belaufen sich auf 50% (AIN2002).

<sup>334</sup> Ein Beispiel: Stellt ein Arbeitgeber eine Personalunterkunft zu niedrigeren Werten zur Verfügung, ist die Differenz zwischen dem gezahlten Entgelt und dem Sachbezugswert als geldwerter Vorteil zu versteuern. Diese als geldwerter Vorteil errechneten Beträge werden dem steuer- und sozialversicherungspflichtigen Brutto hinzugerechnet und finden in einer höheren Belastung ihren Niederschlag.

	versteuert
Erziehungsgeldzuschüsse	Arbeitsentgelt
Essenszuschüsse, Kantinenessen, Essenmarken	Kein Arbeitsentgelt, wenn steuerfrei oder pauschal versteuert
Fahrkostenersatz (und Sammelbeförderung) für Fahrten zwischen Wohnung und Arbeitsstätte, Zuschüsse, unentgeltliche oder verbilligte Überlassung einer Fahrkarte für Linienverkehr	Kein Arbeitsentgelt
Fahrkostenersatz für Fahrten zwischen Wohnung und Arbeitsstätte bei Benutzung eines Kraftfahrzeugs (z.B. Kilometergeld oder Firmenwagen)	Arbeitsentgelt, soweit nicht steuerfrei oder pauschal versteuert. Kein Arbeitsentgelt, wenn steuerfrei oder pauschal versteuert
Geburtsbeihilfen	Kein Arbeitsentgelt, soweit steuerfrei (bis 358 € je Kind)
Gelegenheitsgeschenke (Aufmerksamkeiten) als Sachzuwendungen	Kein Arbeitsentgelt, wenn steuerfrei (bis zu 40 €), steuerpflichtig, wenn einmalig gezahltes Arbeitsentgelt
Gruppenunfallversicherung, pauschalversteuerte Beiträge des Arbeitgebers	Kein Arbeitsentgelt
Heiratsbeihilfen	Kein Arbeitsentgelt, wenn steuerfrei (bis 358 €)
Job-Ticket, wenn zusätzlich gewährt	einmalig gezahltes Arbeitsentgelt
Jubiläumszuwendungen	einmalig gezahltes Arbeitsentgelt
Kontoführungsgebühren	Arbeitsentgelt
Krankengeld - Arbeitgeberzuschüsse	Kein Arbeitsentgelt, soweit sie zusammen mit dem Krankengeld das Nettoarbeitsentgelt nicht übersteigen. Darüber hinaus beitragsfrei, solange nach Anrechnung ein Rest-Krankengeld gezahlt wird
Kurzarbeitergeld	Kein Arbeitsentgelt
Lohnausgleich für Arbeitnehmer im Bau- und Dachdeckergerwerbe für Heiligabend, Weihnachten, Silvester und Neujahr	Arbeitsentgelt
Lohn- und Kirchensteuer, vom Arbeitgeber auf vertraglicher oder haftungsrechtlicher Grundlage übernommen	Arbeitsentgelt
Mutterschaftsgeldzuschüsse des Arbeitgebers	Kein Arbeitsentgelt
Personalrabatte	Kein Arbeitsentgelt, soweit steuerfrei (soweit der Preisnachlass insgesamt 1.224 € im Kalenderjahr nicht übersteigt)
Personalrabatte, pauschalversteuert	einmalig gezahltes Arbeitsentgelt
Reisekosten	Kein Arbeitsentgelt, soweit steuerfrei
Sonntags-, Feiertags- und Nachtarbeitszuschläge	Kein Arbeitsentgelt, soweit steuerfrei
Tantiemen	einmalig gezahltes Arbeitsentgelt
Trinkgelder	Kein Arbeitsentgelt
Übergangsgelder für Zeiten nach Beendigung der Beschäftigung	Kein Arbeitsentgelt
Übungsleiterpauschale	Kein Arbeitsentgelt, soweit steuerfrei (bis 1.848 € jährlich)
Unterschiedsbeträge zur Rentenversicherung bei Altersteilzeitarbeit	Arbeitsentgelt
Urlaubsgeld	einmalig gezahltes Arbeitsentgelt
Vermögenswirksame Leistungen	Arbeitsentgelt
Wintergeld im Baugewerbe	Kein Arbeitsentgelt
Zinsersparnisse bei unverzinslichen oder zinsverbilligten Arbeitgeberdarlehen	Kein Arbeitsentgelt, soweit steuerfrei (getilgte Darlehenssumme bis 2.600 € nicht übersteigt)
Zukunftssicherungsleistungen aufgrund freiwilliger oder gesetzlicher Verpflichtung	Arbeitsentgelt
Zuschüsse des Arbeitgebers für eine freiwillige Kranken- oder Rentenversicherung	Kein Arbeitsentgelt, soweit steuerfrei

Quelle: Barmer 2002 und eigene Ergänzungen.

### 11.5.2 Rangfolge der Einkommensarten:

Die beitragspflichtigen Gesamteinkünfte werden nur bis zur BBG belastet. Hierbei wird eine Rangfolge der Einkommensarten nach § 238ff. SGB V berücksichtigt, die auch in den vorliegenden Simulationen Anwendung findet:

1. Einkommen aus abhängiger Beschäftigung,
2. Einkommen aus der GRV, betriebliche Altersversorgung, Zusatzversorgung des öffentlichen Dienstes, Beamtenversorgung, Landwirtschaftliche Altersrente und berufsständische Versorgung,<sup>335</sup>
3. Gesetzliche Unfallrente,
4. Kriegsopferversorgung, sonstige Renten,
5. Einkommen aus Selbständigkeit,
6. Kapitalerträge und Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung,<sup>336</sup>
7. Nebeneinkünfte.

Eine genaue Definition von Nebeneinkünften liegt im SGB V nicht vor. Es handelt sich hier um eine in der jeweiligen Satzung festgelegte Ermessungsfrage der Krankenkassen, welche Einkunftsarten als Bemessungsgrundlage heranzuziehen sind. Im SOEP werden Nebeneinkünfte als eigenständige Einkommenskomponente erfasst (Einkommen aus Nebenerwerbstätigkeit, Nebenverdienste). Einkünfte im Rahmen einer geringfügigen Beschäftigung (630 DM-Jobs) werden direkt dem Erwerbseinkommen zugeschlagen. Nur wenn die Einkünfte über der Geringfügigkeitsgrenze liegen, handelt es sich um reine Nebeneinkünfte (Honore, etc.).

## 11.6 Arbeitgeberanteil, Beitragszuschuss und impliziter Beitragsanteil

Um die gesamte tatsächliche finanzielle Belastung durch Krankenversicherungsbeiträge darstellen zu können, ist eine vollständige Berücksichtigung von Arbeitgeberbeiträgen, Beitragszuschüssen oder impliziten Beitragsanteilen zur Krankenversicherung notwen-

---

<sup>335</sup> Für die Beitragspflicht von Versorgungsbezügen gilt ein unterer Grenzwert. Beiträge sind nur zu zahlen, wenn die Versorgungsbezüge diesen Grenzwert (2000/01 = 224 DM monatlich / 2002 = 117,25 Euro monatlich) übersteigen. Diese Regelung wurde in den Mikrosimulationsrechnungen berücksichtigt.

<sup>336</sup> Da die Einkünfte aus Zinsen und Dividenden im SOEP im Haushaltskontext erhoben werden, und demnach eine individuelle Zuweisung dieser Einkünfte nicht möglich ist, wird die Annahme getroffen, dass alle erwachsenen Personen im Haushalt diese Erträge im Vorjahr zu gleichen Teilen erzielt haben.

dig. In den vorliegenden Simulationen wurden Arbeitgeberanteil und Beitragszuschüsse separat simuliert, da sich die Beitragsregelungen von der Kalkulation des Eigenanteils zur Krankenversicherung unterscheiden. Für die Berechnung der Beitragsbelastung in den Simulationen mit Pauschalbeiträgen war es zudem notwendig den Arbeitgeberanteil und Beitragszuschüsse den Versicherten auszus zahlen.

#### **11.6.1 Arbeitgeberanteil bei GKV-Pflichtversicherten**

Der Krankenversicherungsbeitrag von pflichtversicherten Arbeitnehmern mit einem Entgelt oberhalb der Geringfügigkeitsgrenze wird in der GKV hälftig vom Arbeitnehmer und Arbeitgeber getragen. Hier wird der Arbeitgeberbeitrag – die Hälfte des allgemeinen Beitragssatzes – separat simuliert.

#### **11.6.2 Arbeitgeberanteil bei versicherungsfreien Personen und freiwillig Versicherten**

Freiwillig Versicherte in der GKV und Versicherte in der PKV, die nur wegen Überschreitens der BBG versicherungsfrei sind, erhalten vom Arbeitgeber einen Beitragszuschuss in Höhe der Hälfte des Beitrags eines versicherungspflichtig Beschäftigten der selben (gesetzlichen) Krankenkasse, aber maximal bis zur Hälfte der tatsächlichen Aufwendungen (§257 SGB V).

Nach dem Interviewerleitfaden zum Fragebogen des SOEP sollen die Befragten bei Angabe des Bruttoarbeitsverdienstes zwar alle erhaltenen Zuschläge, Zulagen oder individuellen Zusatzvergütungen miteinbeziehen, den Arbeitgeberzuschuss zur freiwilligen Krankenversicherung jedoch ausschließen (Infratest Burke Sozialforschung 1999: 2). Durch diese für den Befragten willkürliche Unterscheidung zwischen berücksichtigungsfähigen Einkommensbestandteilen und Arbeitgeberzuschüssen, die explizit herausgerechnet werden sollen, kann es zu Fehlern der Erhebung des Bruttoarbeitsentgelts bei versicherungsfreien Personen kommen. Insbesondere bei Befragten, die den Fragebogen selbst ausfüllen, kann es zu einer Überschätzung des Bruttoentgelts kommen, da unwissentlich das gesamte Bruttoarbeitsentgelt inklusive Arbeitgeberzuschüssen angegeben werden dürfte.<sup>337</sup> In den vorliegenden Simulationen wird davon ausgegangen, dass der Arbeitgeberzuschuss zur Krankenversicherung in der Angabe des Bruttoarbeitsentgelts von nicht versicherungspflichtigen Befragten nicht miteinbezogen wurde,

---

<sup>337</sup> Der Anteil der "Selbstaussfüller" im SOEP lag im Jahre 2001 bei rund 30% (eigene Berechnungen).

d.h. dass eine Auszahlung des Arbeitgeberzuschusses zur Krankenversicherung für diese Personengruppen simuliert wird.

### **11.6.3 Impliziter Beitragszuschuss bei pflichtversicherten Rentnern der GKV**

Der Krankenversicherungsbeitrag von pflichtversicherten Rentnern, die eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung, der knappschaftlichen Rentenversicherung oder der Altersversorgung der Landwirte beziehen, wird hälftig vom Rentner und vom Rentenversicherungsträger geleistet, was entsprechend simuliert wird.

### **11.6.4 Beitragszuschuss bei versicherungsfreien Rentnern und freiwilligen Mitgliedern der KVdR**

Bezieher einer Rente der gesetzlichen Rentenversicherung, der knappschaftlichen Rentenversicherung und der Altersversorgung der Landwirte, die freiwillig in der KVdR oder in der PKV versichert sind, erhalten auf ihre Versichertenrente einen Beitragszuschuss zu ihrem Krankenversicherungsbeitrag.<sup>338</sup> Die Höhe entspricht dem Beitrag, den versicherungspflichtige Rentner von der GRV erhalten.<sup>339</sup> Liegen die tatsächlichen Aufwendungen niedriger als der gewährte Zuschuss, so wird dieser auf 50% der tatsächlichen Kosten begrenzt.<sup>340</sup> Die tatsächlichen gesamten Aufwendungen der Arbeiterrenten-, Angestellten- und knappschaftlichen Rentenversicherung für die KVdR im Jahre 2000 machten insgesamt rund 25,1 Mrd. DM aus (VDR 2003).

Befragte des SOEP sollen nur ihre Bruttorenteneinkommen angeben, wobei eine genaue Spezifikation und Abgrenzung der Berücksichtigung von Zuschüssen zur Krankenversicherung im Interviewerleitfaden nicht vorgenommen wird. Hier wird die Annahme getroffen, dass versicherungsfreie bzw. freiwillig versicherte Rentner den Beitragszuschuss in ihrem Einkommen nicht berücksichtigt haben. Entsprechend wird für die Beiträge eine separate Simulation vorgenommen.

### **11.6.5 Arbeitgeberbeitrag bei geringfügigen Beschäftigungsverhältnissen**

Seit dem 1.4.1999 besteht Beitragspflicht für geringfügig Beschäftigte bis zu einem Arbeitsentgelt von 630 DM/Monat. Der Arbeitgeber hat pauschal 10% vom Arbeitsentgelt als Krankenversicherungsbeitrag an die GKV abzuführen. Hatte ein Arbeitnehmer

---

<sup>338</sup> Die GUV kennt demgegenüber keinen Beitragszuschuss zur Krankenversicherung. Freiwillig Versicherte der KVdR müssen ihre Beiträge auf eine Rente der GUV vollständig selbst tragen.

<sup>339</sup> Im Jahre 2000 lag dieser monatliche Zuschuss bei 6,75% in West- und 6,9% in Ostdeutschland.

mehrerer Beschäftigungsverhältnisse, wird das gesamte Arbeitsentgelt in voller Höhe mit dem entsprechenden Beitragssatz der jeweiligen Krankenkasse beitragspflichtig. Dies wird in den vorliegenden Simulationen vollständig berücksichtigt.

#### **11.6.6 Zuschüsse für bestimmte Versichertengruppen**

Teilnehmer an einer berufsfördernden Maßnahme zur Rehabilitation, die Bezieher von Übergangsgeld sind, erhalten von dem zuständigen Leistungsträger einen Beitragszuschuss. Als Zuschuss ist der Betrag zu zahlen, der bei Vorliegen einer Krankenversicherungspflicht zu entrichten wäre (§258 SGB V). Bezieher von Alterübergangsgeld sind in den Modellrechnungen pflichtversicherten Lohnersatzleistungsempfängern gleichgestellt. Der Krankenversicherungsbeitrag wird daher nach den Annahmen für Lohnersatzleistungsempfänger berechnet.

#### **11.6.7 Bemessungsgrundlage und Beitragsanteil für Empfänger von Lohnersatzleistungen**

Anhaltspunkte zur Bestimmung des Krankenversicherungsbeitrags der Empfänger von Lohnersatzleistungen bieten lediglich die im SOEP erfragten Zahlungsbeträge der Bundesanstalt für Arbeit. Der Krankenversicherungsbeitrag für Lohnersatzleistungsempfänger bemisst sich aber an der entsprechenden Bemessungsgrundlage zur Bestimmung der Lohnersatzleistung. Es ist daher notwendig, von dem Zahlungsbetrag ausgehend, die Bemessungsgrundlage für Lohnersatzleistungsempfänger zu schätzen.

Der Zahlungsbetrag für Lohnersatzleistungen ist abhängig vom Familienstand und der Kinderzahl und beträgt bei Arbeitslosengeldempfängern 60% (mit Kindern 67%) und bei Arbeitslosenhilfeempfängern 53% (57%) des früheren durchschnittlichen wöchentlichen versicherungspflichtigen Nettoarbeitsentgelts. Bei Bezug von Arbeitslosenhilfe wird eine Bedürftigkeitsprüfung vorgenommen, die hier vernachlässigt wird. Um die Bemessungsgrundlage zu bestimmen, wird der mittlere Anteil der Lohnersatzleistungen am früheren Erwerbseinkommens mit Zusatzvergütungen, in Abhängigkeit von Kindern im Haushalt, ermittelt. Eventuelle Mehrarbeitszuschläge werden hier nicht berücksichtigt. Dieses fiktive Bruttoerwerbseinkommen ist bei Lohnersatzleistungsempfängern zu 80% als Bemessungsgrundlage zur Bestimmung des Krankenversicherungsbeitrags heranzu-

---

<sup>340</sup> Der gestaffelte Beitragszuschuss der Altersversorgung der Landwirte wird hier vernachlässigt, und stattdessen werden die Regelungen der GRV bzw. Knappschaft angewendet.

ziehen.<sup>341</sup> Hierauf wird der allgemeine durchschnittliche Beitragssatz angewendet, um den Krankenversicherungsbetrag zu erhalten, der von der Bundesanstalt für Arbeit an die GKV getätigt wird.<sup>342</sup> Die Möglichkeit einer PKV-Mitgliedschaft wird für Lohnersatzleistungsempfänger aufgrund geringer Relevanz vernachlässigt und davon ausgegangen, dass für diese Gruppe insgesamt die Regelungen für GKV-Mitglieder gelten.

#### **11.6.8 Bestimmung des Beitragsanteils für Empfänger von laufender Hilfe zum Lebensunterhalt**

Sozialhilfeempfänger erfüllen nach § 5 SGB V nicht die Voraussetzungen zur Versicherungspflicht in der GKV und haben damit keinen Anspruch auf den regulären Krankenversicherungsschutz. Im Falle von bestehenden Vorversicherungszeiten in der GKV kann der Sozialhilfeträger eine freiwillige Mitgliedschaft in der GKV beantragen. Die Entscheidung ob eine freiwillige Mitgliedschaft bei der GKV in Anspruch genommen wird, hängt vom individuellen Risiko des Sozialhilfeempfängers ab. Wenn die zu erwartenden Krankheitskosten geringer als der zu entrichtende Beitrag zur GKV ist, werden die Sozialhilfeträger gedrängt, bedingt durch den beschränkten Haushalt, eine Mitgliedschaft in der GKV zu unterlassen und die Krankheitskosten individuell abzurechnen.

Befragte, die im SOEP angaben, Sozialhilfe im Vorjahr erhalten zu haben, geben daher unterschiedliche Arten des Krankenversicherungsschutzes an. Die Antwortkategorie "über das Sozialamt versichert" gibt dementsprechend keinen eindeutigen Aufschluss darüber, über welchen Krankenversicherungsschutz ein Sozialhilfeempfänger verfügt. Im Modell wird die Annahme getroffen, dass bei Vorliegen des Bezugs von laufender Hilfe zum Lebensunterhalt ein impliziter monatlicher Beitrag in Höhe von 260 DM vom Sozialhilfeträger als Beitragsanteil entrichtet wird.<sup>343</sup> Falls im Vorjahr Erwerbseinkommen oder andere Einkünfte erzielt werden, so wird der implizite Beitragsanteil dem Anteil der Monate mit Einkommensbezug entsprechend gekürzt.

Durch diese Annahme kommt es zu einer Überschätzung des Finanzierungsanteils der Sozialhilfeträger zur GKV, da hier nicht eindeutig unterschieden werden kann, ob Empfänger von laufender Hilfe zum Lebensunterhalt in der GKV versichert sind oder

---

<sup>341</sup> Vgl. GRG 1989; im Jahr 2001 wurde mit dem Einmalzahlungs-Neuregelungsgesetz die Bemessungsgrundlage bei Arbeitslosenhilfeempfängern auf 58% reduziert.

<sup>342</sup> Der Anteil des Krankenversicherungsbeitrags macht damit zwischen 23% bis 27% der ausbezahlten Lohnersatzleistung aus.

<sup>343</sup> Dieser Beitrag orientiert sich an den von der Senatverwaltung von Berlin durchschnittlich entrichteten Beträgen zur GKV im Jahre 1999. Diese Beiträge können aber - je nach Sozialhilfeträger - durchaus variieren.



nicht.<sup>344</sup> Problematisch ist diese Abgrenzung auch deshalb, weil sich unter den nicht Krankenversicherten auch Personen befinden können, die in Anstalten leben oder wohnungslos sind. Eine adäquate Erfassung dieser Population ist im SOEP nicht gegeben; die durch die vereinfachende Behandlung entstehenden Fehler dürften für das Gesamtergebnis der Simulationsrechnungen jedoch kaum ins Gewicht fallen.

#### **11.6.9 Beihilfe**

Bestimmte Versichertengruppen erhalten generell keinen Beitragszuschuss zu ihrer Krankenversicherung. Hiervon sind auch Beamte betroffen. Die Beihilfe stellt für Beamte und deren beihilfeberechtigte Familienangehörigen eine eigenständige Krankenfürsorge dar, die vom Arbeitgeber gewährt wird. Diese wird aber nur auf die in Anspruch genommenen Leistungen (i.d.R. 50% (ohne Kind) bzw. 70% (mit Kindern) der Leistungsaufwendungen) gewährt. Damit entspricht die Beihilfe einem impliziten Arbeitgeberbeitrag zur Krankenversicherung. Grundsätzlich wäre es möglich, auch die Beihilfe bei Beamten und deren beihilfeberechtigten Familienangehörigen pauschal auszus zahlen. Offizielle Zahlen sowohl zum Umfang der Beihilfe für Beamte, wie auch über die Höhe der Leistungsanspruchnahme von Beamten liegen im SOEP nur unvollständig vor. Im Modell wird daher davon ausgegangen, dass der hälftige Anteil zur Prämie von in der PKV versicherten Beamten ein Äquivalent für die Beihilfe darstellt. Dieser Prämienanteil macht im Mittel 170 DM monatlich aus.<sup>345</sup> Die Summe der fiktiv errechneten Beihilfe würde sich in 2000 auf 6,1 Mrd. DM belaufen.

Ein Vergleich des geschätzten Umfangs des impliziten Arbeitgeberanteils bei Empfängern von laufender Hilfe zum Lebensunterhalt und bei beihilfeberechtigten Beamten mit den tatsächlichen Größen ist aufgrund ungeeigneter Referenzstatistiken nicht möglich. Das gilt entsprechend auch für den Arbeitgeberanteil von abhängig Beschäftigten. Da der Umfang des Arbeitgeberanteils bei Versicherten der PKV nicht bekannt ist, ist nur eine Grobschätzung des gesamten Arbeitgeberanteils möglich. Danach werden die Arbeitgeberbeiträge zur Krankenversicherung zu etwa 98% im SOEP erfasst. Der "Arbeitgeberanteil" bei Arbeitslosengeldempfängern und Beziehern von Unterhaltsgeld

---

<sup>344</sup> Derzeit sind ein Fünftel oder rund 550.000 Sozialhilfeempfänger nicht krankenversichert, wofür die Städte und Gemeinden mehr als 1,2 Milliarden Euro aufgewendet haben.

<sup>345</sup> Eine Differenzierung nach der Kinderzahl oder dem Familienstand wurde nicht vorgenommen, um eine Übertragbarkeit auf Personen in der freien Heilfürsorge oder Personen ohne eigenständige Krankenversicherung – bei denen diese Information nicht vorliegt – zu ermöglichen.

vom Arbeitsamt wird dagegen im SOEP deutlich schlechter mit zu rund 70% erfasst, wohingegen bei Beziehern von Arbeitslosengeld der "Arbeitgeberanteil" im SOEP zu etwa 9% überschätzt wird. Bei Beziehern einer Rente ist insgesamt von einer sehr guten Übereinstimmung des simulierten Aggregats zum tatsächlichen Betrag des impliziten Arbeitgeberanteils bzw. Beitragszuschusses auszugehen (100%).

**Tabelle 23: Aufwand für Arbeitgeberanteil, Beitragszuschuss und impliziten Beitragsanteil im Jahr 2000 nach Empfängergruppen**

Arbeitgeberanteil und Beitragszuschuss für Empfänger von ...		
	tatsächlich	simuliert
	Aufwand in Mrd. DM	
Arbeitslosengeld <sup>1</sup>	8,836	7,016
Unterhaltsgeld vom Arbeitsamt <sup>1</sup>	1,324	
Arbeitslosenhilfe, Alter- und Übergangsgeld <sup>2</sup>	5,392	5,897
Arbeitsentgelt (Arbeitgeberzuschuss zur Krankenversicherung) <sup>3</sup>	~ 95,0	92,842
Renten der GRV und Knappschaft	25,097	25,151
laufender Hilfe zum Lebensunterhalt	– <sup>4</sup>	1,670
Beihilfe	(14,669) <sup>5</sup>	6,125

Quellen: Soweit in den Fußnoten nicht anders angegeben: SOEP, Welle 2001, eigene Berechnungen.

<sup>1</sup> Angaben der Bundesanstalt für Arbeit (Haushaltsplan) für 2001

<sup>2</sup> Angaben der Bundesanstalt für Arbeit unveröffentlichte Ergebnisse für 1998

<sup>3</sup> Tatsächliche Sozialbeiträge der Arbeitgeber zur GKV im Jahre 2001 (Bundesministerium Für Arbeit und Sozialordnung: Materialband zum Sozialbudget 1997: S.101). Für PKV-Versicherte wird der hälftige Beitragsanteil zur Krankheitskostenvollversicherung unterstellt. Dieser machte 26,870 Mrd. DM im Jahre 2000 insgesamt aus (PKV 2001: Rechenschaftsbericht 2000: S.16). Dass Beitragsvolumen der Beamten in der PKV dürfte dabei rund 1/3 ausmachen und ist davon abzuziehen.

<sup>4</sup> Angaben der Sozialhilfeträger zur Krankenversicherung sind nicht bekannt.

<sup>5</sup> Zum Umfang der Beihilfe liegen nur Schätzungen für Angestellten und Beamten vor (vgl. Henke et al. 2002: 206).

## 11.7 Bestimmung einer hypothetischen durchschnittlichen Pauschalprämie

### 11.7.1 Pauschalprämie bei unverändertem Leistungsrecht

Da in der Diskussion zur Reform der Finanzierung der Krankenversicherung auch vorgeschlagen wird, Modelle mit Pauschalprämien zu realisieren, war zu überlegen, wie sich solche Prämien simulieren lassen. Die ordnungspolitische Idee einer versicherungsspezifischen Pauschalprämie besteht darin, dass Versicherte zwischen unterschiedlich teuren (= unterschiedlich effizienten) standardisierten Versicherungen wählen und dass durch diesen Wettbewerb Kosten gemindert werden und Qualität verbessert wird. Die

Unterschiede der Pauschalprämien zwischen den einzelnen Versicherungen können hier nicht simuliert werden. Für das Verständnis der Finanzierungs- und Verteilungswirkungen eines Pauschalprämienmodells spielt das aber insoweit keine Rolle, da die Differenzen im Fall einer Realisierung zwar merklich sein würden, aber durch den Versicherungswettbewerb in Grenzen gehalten werden dürften.

Im Jahre 2001 machten die gesamten Leistungsaufwendungen für die Versicherten in der GKV 271,5 Mrd. DM (138,8 Mrd. Euro) aus (BMGS 2003a), wovon 258 Mrd. DM aus Beiträgen der Mitglieder finanziert wurden. Weitere rund 8 Mrd. DM speisen sich aus sonstigen Einnahmen, wobei hier unter anderem auch Zinsgewinne oder Strafen enthalten sind. Blicke diese Finanzierungsstruktur und auch das Leistungsrecht unverändert, würde sich bei einer Versichertenzahl von rund 71 Mio. Personen eine rein rechnerische Pauschalprämie von ca. 303 DM/Monat ergeben.

Eine interpersonell völlig undifferenzierte Pauschalprämie entspricht den Zielen des Wettbewerbsansatzes am besten. Verteilungspolitische Argumente stehen dem nicht entgegen, da ohnehin von vorne herein klar ist, dass die verteilungspolitischen Ziele, die man im Gesundheitswesen anstrebt, mit Hilfe eines gesonderten Systems des "sozialen Ausgleichs" erreicht werden müssten. Allerdings kann man argumentieren, dass ein voller Beitrag für Kinder in Deutschland verfassungsrechtlich nicht durchsetzbar sei. Hier werden deswegen zwei weitere Varianten einer Prämienreduktion für Kinder simuliert.

Die durchschnittlichen Leistungsausgaben der in der GKV versicherten Kinder ist deutlich geringer als die unterstellte allgemeine Pauschalprämie. Daher wird in einer Variante ein reduzierter Kinderbeitrag genutzt. Nach den standardisierten Leistungsprofilen aus dem Risikostrukturausgleich (RSA, vgl. Bundesversicherungsamt o.J.) belaufen sich die durchschnittlichen Pro-Kopf-Ausgaben für in der GKV versicherten Kinder und Jugendliche bis zu einem Alter von 20 Jahren<sup>346</sup> auf rund 25,35 Mrd. DM.

Im RSA sind nur die ausgleichsfähigen Leistungen enthalten, freiwillige Satzungsleistungen (Mütterkuren, Haushaltshilfen, etc.) und Verwaltungskosten sind darin nicht enthalten. Die errechneten Gesamtausgaben werden deshalb pauschal um 7,2% erhöht.<sup>347</sup> Daraus ergibt sich eine Pauschalprämie für Kinder und Jugendliche in Höhe von monatlich 134,50 DM. Eine Pauschalprämie für erwachsene GKV-Versicherte würde

---

<sup>346</sup> In der GKV sind derzeit rund 16 Mio. Kinder und Jugendliche in diesem Alter versichert (SOEP 2001, eigene Berechnungen).

<sup>347</sup> Nicht veröffentlichte Angaben des Bundesversicherungsamtes.

sich damit auf rund 351,80 DM / Monat erhöhen. Bei einer vollständig beitragsfreien Mitversicherung von Kindern und Jugendlichen stiege die Pauschalprämie aller erwachsenen GKV-Versicherten auf etwa 391 DM / Monat.<sup>348</sup>

### 11.7.2 Leistungsmehrausgaben bei Ausweitung der Versicherungspflicht in der GKV

Eine Ausweitung der Versicherungspflicht auf bisher nicht in der GKV versicherte Bevölkerungskreise, bis hin zu einer allgemeinen Versicherungspflicht, würde neben potentiellen Beitragsmehreinnahmen auch zu weiteren Leistungsausgaben führen.

Um die zu erwartenden potentiellen Leistungsausgaben schätzen zu können, werden hier für die jeweils betreffenden neu in der GKV versicherten Bevölkerungsteile die alters- und geschlechtsstandardisierten Ausgabenprofile aus dem Risikostrukturausgleich (RSA) der GKV verwendet. Voraussetzung für dieses Verfahren ist, dass das gleiche Inanspruchnahmeverhalten und ein vergleichbarer Leistungsbedarf der bisher nicht in der GKV versichert gewesenen Bevölkerung unterstellt wird.

**Tabelle 24: Geschätzte Leistungsausgaben nach den Ausgabenprofilen des Risikostrukturausgleichs der GKV bei Ausweitung der Versicherungspflicht im Jahr 2000**

Versicherungsstatus	Ausgaben in Mrd. DM/Jahr
GKV insgesamt	272,5
• Pflichtversichert	88,9
• Freiwillig Versichert	24,1
• Familienversichert	41,2
• Als Rentner versichert	118,3
Besondere Sicherungsformen	4,8
PKV	29,2
Freie Heilfürsorge	1,4
Ohne Krankenversicherung	2,0
Insgesamt ohne GKV	37,4
Insgesamt	309,9

Quelle: SOEP 2001, eigene Berechnungen.

In der öffentlichen Diskussion zur Reform der Finanzierung der Krankenversicherung wird häufig gefordert, Personen in besonderen Sicherungsformen (anspruchsberechtigt

<sup>348</sup> Damit wird ein Teil des sozialen Ausgleichs innerhalb der Krankenversicherung bewältigt, da die Beiträge für Kinder und Jugendliche hier auf alle Versicherten umgelegt werden. Die Tragung von Krankenversicherungsbeiträgen für Kinder und Jugendliche kann aber auch als staatliche Aufgabe angesehen werden. Alternativ wäre es denkbar, diese Aufgabe vollständig über das Steuersystem zu finanzieren.

über das Sozialamt) vollständig in die GKV einzugliedern, was zu potentiellen zusätzlichen Leistungsausgaben in Höhe von 4,8 Mrd. DM führen würde (Tabelle 24).

Unterstellt man eine allgemeine Versicherungspflicht für die gesamte Wohnbevölkerung in der GKV, so summierten sich die zusätzlichen Leistungsausgaben auf insgesamt 37,4 Mrd. DM, wobei die Gruppe der privat Krankenversicherten den größten Anteil hat (rund 7,7 Mio. Versicherte).

Bei Einführung einer allgemeinen Krankenversicherungspflicht für die gesamte Wohnbevölkerung lässt sich wiederum eine rein hypothetische Pauschalprämie berechnen. Weist man der gesamten Wohnbevölkerung die alters- und geschlechtsstandardisierten Ausgabenprofile des RSA zu, so lässt sich auf der Basis des auf diese Weise geschätzten Leistungsvolumens eine allgemeine Pauschalprämie errechnen, die sich für die gesamte Wohnbevölkerung auf monatlich 298,10 DM beläuft (vgl. Tabelle 25).<sup>349</sup>

#### Übersicht 11: Varianten eines Pauschalprämienmodells

Varianten	Versichertenkreis / Art des Prämienmodells	Prämien pro Monat und Person
	<b>bisherige GKV-Population</b>	
1	allgemeine Pauschalprämie	alle Personen: 303,00 DM
2	<u>reduzierter</u> Beitrag für Kinder und Jugendliche	Erwachsene: 351,80 DM Kinder: 134,50 DM
3	<u>Beitragsfreiheit</u> für Kinder und Jugendliche	Erwachsene: 391,00 DM Kinder: – DM
	<b>Gesamtbevölkerung</b>	
4	allgemeine Pauschalprämie	alle Personen: 298,10 DM
5	<u>reduzierter</u> Beitrag für Kinder und Jugendliche	Erwachsene: 341,30 DM Kinder: 134,50 DM
6	<u>Beitragsfreiheit</u> für Kinder und Jugendliche	Erwachsene: 376,70 DM Kinder: – DM

Für eine reduzierte Pauschalprämie für Kinder und Jugendliche ergibt sich wiederum ein Betrag von monatlich 134,50 DM. Für alle Erwachsenen hingegen würde die Pauschalprämie auf 341,30 DM monatlich sinken. Hierin spiegelt sich die relativ bessere Risikostruktur der nicht in der GKV versicherten Bevölkerung wider. Unterstellt man Beitragsfreiheit für alle Kinder und Jugendliche, so läge die Pauschalprämie für Erwachsene bei 376,70 DM im Monat.

### **11.7.3 Reduktion der Pauschalprämie durch Leistungsauslagerungen**

In der GKV besteht nur für das Mutterschafts- und Krankengeld eine direkte Äquivalenz zwischen Beitrag und Leistung. Bei revolutionären Reformmodellen ist ein Ausschluss dieser Leistungsarten aus einem neu zu definierenden Standardleistungskatalog denkbar. Es handelt sich hierbei um ein Volumen im Jahre 2001 von mehr als 15 Mrd. DM (BMGS 2003a).<sup>350</sup> Eine Pauschalprämie in der GKV ohne Krankengeld würde sich auf monatlich rund 285 DM (anstatt 303 DM) reduzieren.

Eine Ausgliederung von Leistungen bei Zahnersatz in der GKV wird ebenso in Erwägung gezogen. Die Ausgaben für Zahnersatz machten im Jahr 2001 rund 7,24 Mrd. DM aus. Würden diese bei einem Pauschalprämienmodell ebenso aus dem Standardleistungskatalog ausgeschlossen werden, so verringerte sich die Pauschalprämie weiter auf monatlich 276,64DM.

Auch eine Ausweitung von Selbstbeteiligungen ist erwägenswert, da sie ein effektives Instrument zur Kostenreduktion und Verhaltenssteuerung sind und integraler Bestandteil einer Weiterentwicklung von Krankenversicherungsschutz sein sollten. Für eine empirische Analyse der Ausweitung von Selbstbeteiligungen wäre aber eine Datengrundlage mit differenzierten Kennziffern der Leistungsinanspruchnahme notwendig, die im SOEP nicht gegeben ist. Zudem wären Neuregelungen im Bereich von Selbstbehalten mit erheblichen Verhaltensveränderungen der Versicherten verbunden, über die nur Annahmen mit hoher Unsicherheit getroffen werden könnten.

In der Status-Quo-Modellrechnung ist jedoch das gesamte derzeit bestehende Beitragsaufkommen (inkl. der Berücksichtigung von Mutterschafts- und Krankengeld sowie Zahnersatz) simuliert, um direkte Vergleiche der Beitragsbelastung in den Reformmodellen zu ermöglichen.

### **11.7.4 Annahmen zum notwendigen Transfervolumen für den sozialen Ausgleich**

Hier soll bewusst kein Vorschlag für die Ausgestaltung des Systems des sozialen Ausgleichs vorgelegt werden, das integral zu einem Pauschalprämiensystem gehört. Dessen Ausgestaltung ist weitgehend eine politische Entscheidung, die eine hohe Flexibilität erfordert, da sehr unterschiedliche Ausgleichssysteme realisierbar wären. Um jedoch

---

<sup>349</sup> Die geringere Pauschalprämie für die gesamte Wohnbevölkerung im Vergleich zu einer Pauschalprämie für die GKV-Population, ergibt sich aus einer anderen Alters- und Geschlechtsverteilung, der bisher nicht in der GKV versicherten Bevölkerungsteile.

eine Abschätzung der Gestaltungsaufgabe zu geben, wird in der Simulationsrechnung exemplarisch ein Pauschalprämienmodell abgebildet, dass die politische Vorgabe enthält, die Prämienbelastung dürfe nicht mehr als 15% des erweiterten Haushalts-Markteinkommen betragen.<sup>351</sup>

Es wird gefragt, wie groß unter dieser Bedingung das erforderliche Transfervolumen wäre. Das Konzept des erweiterten Markteinkommens wird gewählt, da es besser als die in der GKV verwendete Bemessungsgrundlage die tatsächliche finanzielle Leistungsfähigkeit eines Individuums bzw. Haushalts wiedergibt und deshalb mehr Beitragsgerechtigkeit gewährleistet.

Das erweiterte Markteinkommen beinhaltet neben den Erwerbs- und Vermögenseinkommen auch alle Transferarten (private Transfers, staatliche Transfers, Transfers der Sozialversicherung) und stellt damit das Einkommen vor Steuern und Sozialabgaben dar. Der Transfer kann damit zielgerichteter auf bedürftige Bevölkerungsteile fokussiert werden und würde damit besser einen sozialen Ausgleich gewährleisten können als dies bisher in der GKV der Fall war.<sup>352</sup>

Ob ein derart einfaches Transfersystem in jeder Hinsicht angemessen ist, soll hier nicht diskutiert werden sondern es soll lediglich die grundsätzliche Wirkung des Transfersystems illustriert werden. Um eine Vergleichbarkeit der hier dargestellten Ergebnisse mit anderen Veröffentlichungen zu gewährleisten, wird alternativ auch der soziale Ausgleichsbedarf auf Basis des Haushaltsbruttoeinkommens inklusive des Arbeitgeberbeitrags und der Beitragszuschüsse berechnet.

## 11.8 Probleme der Abschätzung von Reformvorschlägen

Im folgenden Abschnitt sollen verschiedene Reformvorschläge im Modell abgebildet werden und ihre fiskalischen Konsequenzen – insbesondere unter Berücksichtigung der individuellen Beitragsbelastung und eines potentiellen Ausgleichsbedarfs – dargestellt

---

<sup>350</sup> So machen allein die Leistungen für das Krankengeld rund 7,7 Mrd. Euro aus.

<sup>351</sup> Modelle ohne sozialen Ausgleich werden hier nicht berechnet, da der soziale Ausgleich integraler Bestandteil eines Pauschalprämienmodells sein dürfte.

<sup>352</sup> Die Prüfung des sozialen Ausgleichs dürfte aber erheblichen zusätzlichen bürokratischen Aufwand aufwerfen. Zudem ist das hier unterstellte Konzept des erweiterten Haushaltsmarkteinkommens nicht mit bisherigen Verfahren der Bedürftigkeitsprüfung vergleichbar.

werden. Letztlich ist die Aussagefähigkeit dieser Modellrechnungen aber insoweit beschränkt, als bei der Einführung von Reformen:

- Veränderungen von Preis- und Mengeneffekten auftreten können, die nicht ausgewiesen werden können,
- außer Primäreffekten, die relativ gut abschätzbar sind, sich auch Sekundäreffekte (z.B. Veränderung des Angebots oder der Nachfrage am Arbeitsmarkt) ergeben würden, die kaum einzugrenzen sind,
- Wechselwirkungen zu anderen Sozialversicherungszweigen bestehen oder gesamtwirtschaftliche Effekte ausgelöst werden, die das Modell ebenfalls nicht erfasst,
- langfristige Effekte auftreten können, die kaum abschätzbar sind,
- Verhaltensänderungen der Wirtschaftssubjekte durch veränderte Marktbedingungen und daraus resultierende Effizienzeffekte ausgelöst werden, die sich nur mit der Festlegung bestimmter Annahmen abschätzen lassen.

Es kann demnach nicht ein realitätsgetreues Bild aufgezeigt werden, das die Welt nach Einführung einer Reform widerspiegelt. Es sind aber Abschätzungen zur fiskalischen Ergiebigkeit und zur individuellen Beitragsbelastung unter den gegebenen Bedingungen ableitbar, um Handlungsleitlinien für die künftige Entwicklung von Krankenversicherungsschutz in Deutschland aufzuzeigen.

Im Folgenden werden im wesentlichen neun verschiedene Grundformen von Modellen alternativer Finanzierungsgrundlagen für eine Krankenversicherung in Deutschland dargestellt, die ihrerseits durch verschiedene Varianten unterschieden werden (Übersicht 12). Es handelt sich dabei sowohl um evolutorische Weiterentwicklungen der bestehenden GKV als auch um revolutionäre Alternativen mit einer strukturellen Veränderung des bestehenden Krankenversicherungssystems der Bundesrepublik.

#### **Übersicht 12: Modellvarianten von Reformen der Finanzierung von Krankenversicherungsschutz**

<b>Modell</b>	<b>Kurzname</b>	<b>Beschreibung</b>
0	Status Quo	Rahmenbedingungen wie im Jahr 2001; Rechtsstand 1.1.2001 (Status Quo)
<b>Ausweitung der Bemessungsgrundlage (BG) innerhalb der bestehenden GKV</b>		
1	GKV-BG1	Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze (BBG) für Mitglieder der GKV auf das Niveau der GRV (Westdeutschland 103.200 DM/Jahr, Ostdeutschland 85.200 DM/Jahr); unveränderte Bemessungsgrundlage



2	GKV-BG2	Aufhebung der BBG für Mitglieder der GKV; unveränderte Bemessungsgrundlage
3	GKV-BG3	Ausweitung der Bemessungsgrundlage auf sonstige Einkunftsarten bei GKV-Mitgliedern
4	GKV-BG4	Ausweitung der Bemessungsgrundlage auf sonstige Einkunftsarten bei GKV-Mitgliedern und Anhebung der BBG auf das Niveau der GRV (siehe Modell 1)
5	GKV-BG5	Ausweitung der Bemessungsgrundlage auf sonstige Einkunftsarten für alle GKV-Versicherten
6	GKV-BG6	Ausweitung der Bemessungsgrundlage auf sonstige Einkunftsarten für alle GKV-Versicherten und Anhebung der BBG auf das Niveau der GRV (siehe Modell 1)
7	GKV-BG7	Ausweitung der Bemessungsgrundlage auf sonstige Einkunftsarten für alle GKV-Versicherten und Aufhebung der BBG
<b>Ausweitung der versicherungspflichtigen Bevölkerung zugunsten der GKV</b>		
8	GKV-VP1	Besondere Sicherungsformen, anspruchsberechtigt bisher über die Freie Heilfürsorge, und bisher nicht versicherte Personen in die GKV aufnehmen unter den bisher geltenden Beitragsregelungen für freiwillige Mitglieder (Aufhebung der Beihilferegelungen und Ausweisung des normalen Arbeitgeberbeitrags)
9	GKV-VP2	wie Modell 8 aber zusätzlich Anhebung der BBG auf das Niveau der GRV
<b>Modelle einer Bürgerversicherung</b>		
10	Bürgerversicherung <sup>1</sup>	allgemeine Versicherungspflicht in der GKV (für bisher nicht Versicherungspflichtige gelten die Beitragsregelungen für bisher freiwillig Versicherten)
11	Bürgerversicherung <sup>2</sup>	wie Modell 10 aber zusätzlich Anhebung der BBG auf das Niveau der GRV
12	Bürgerversicherung <sup>3</sup>	allgemeine Versicherungspflicht in der GKV und zusätzlich Ausweitung der Bemessungsgrundlage auf sonstige Einkunftsarten für alle GKV-Versicherten
13	Bürgerversicherung <sup>4</sup>	wie Modell 12 aber zusätzlich Anhebung der BBG auf das Niveau der GRV <sup>353</sup>
14	Bürgerversicherung <sup>5</sup>	wie Modell 12 aber zusätzlich Aufhebung der BBG
<b>Modelle mit Pauschalprämien und sozialem Ausgleich für die bisherigen GKV-Versicherten</b>		
15	Pauschalprämie-GKV1	allgemeine Pauschalprämie für alle GKV-Versicherten
16	Pauschalprämie-GKV2	wie Modell 15 aber reduzierter Beitrag für Kinder und Jugendliche
17	Pauschalprämie-GKV3	wie Modell 15 aber beitragsfreie Mitversicherung von Kindern und Jugendlichen <sup>354</sup>
<b>Modelle mit Pauschalprämien und sozialem Ausgleich für die gesamte Wohnbevölkerung</b>		

<sup>353</sup> Diese Modellvariante entspricht dem Vorschlag der Rürup-Kommission zur Bürgerversicherung (BMGS 2003c).

<sup>354</sup> Diese Modellvariante entspricht dem Vorschlag der Rürup-Kommission zum Pauschalprämienmodell (BMGS 2003c).

18	Pauschalprämie 1	allgemeine Pauschalprämie
19	Pauschalprämie 2	wie Modell 18 aber reduzierter Beitrag für Kinder und Jugendliche
20	Pauschalprämie 3	wie Modell 18 aber beitragsfreie Mitversicherung von Kindern und Jugendlichen
18a	Pauschalprämie 4	allgemeine Pauschalprämie mit reduziertem Leistungskatalog (Ausschluss von Krankengeld und Zahnersatzleistungen)
<b>Aufhebung der beitragsfreien Familienversicherung in der GKV. Splitting des Bruttoeinkommens des Ehepartners und Anwendung des vollen ermäßigten Beitragssatzes bis zur BBG***</b>		
21	GKV-Familie 1	Beitragsfreiheit in der Familienversicherung auf Personen mit Kindern bis zum vollendeten 3. Lebensjahr oder mit einer Pflege Tätigkeit beschränken
22	GKV-Familie 2	Beitragsfreiheit in der Familienversicherung auf Personen mit Kindern bis zum vollendeten 6. Lebensjahr oder mit einer Pflege Tätigkeit beschränken
23	GKV-Familie 3	Beitragsfreiheit in der Familienversicherung auf Personen mit Kindern bis zum vollendeten 12. Lebensjahr oder mit einer Pflege Tätigkeit beschränken
<b>Aufhebung der beitragsfreien Familienversicherung in der GKV durch Einführung eines Mindestbeitrags (monatlich 202(206) DM in West-(Ost)-deutschland)*</b>		
24	GKV-Mindestbeitrag 1	Beitragsfreiheit in der Familienversicherung auf Personen mit Kindern bis zum vollendeten 3. Lebensjahr oder mit einer Pflege Tätigkeit beschränken
25	GKV-Mindestbeitrag 2	Beitragsfreiheit in der Familienversicherung auf Personen mit Kindern bis zum vollendeten 6. Lebensjahr oder mit einer Pflege Tätigkeit beschränken
26	GKV-Mindestbeitrag 3	Beitragsfreiheit in der Familienversicherung auf Personen mit Kindern bis zum vollendeten 12. Lebensjahr oder mit einer Pflege Tätigkeit beschränken
<b>Modell mit differenzierten Beitragssätzen</b>		
27	GKV-Diff	Rentner und Pensionäre in der GKV mit einem Zuschlag von 2 Prozentpunkten auf ihren Beitragssatz zusätzlich belasten
<b>Privatwirtschaftliche Modelle mit risikoäquivalenten Beiträgen</b>		
28	GKV-Risikoäquivalent	RSA-Ausgabenprofile allen GKV-Versicherten zuweisen und sozialer Ausgleich
29	Risikoäquivalent	RSA-Ausgabenprofile der Wohnbevölkerung zuweisen und sozialer Ausgleich
<b>Steuerfinanzierte Gesundheitsversorgung</b>		
30	Steuer	Reine Steuerfinanzierung: Aufbringung der Mittel durch Anhebung des Solidaritätszuschlags

\* Voraussetzung: Kinder und Pflegende leben im selben Haushalt. Eine Pflege Tätigkeit definiert sich dadurch, dass Leistungen der GPV erhalten werden und eine hilfebedürftige Person im Haushalt betreut wird.

## 12 Simulationsergebnisse

Im Folgenden werden ausgewählte Reformalternativen – die oben beschrieben wurden und die zusammenfassend im vorangegangenen Abschnitt dargestellt wurden – simuliert. Zu den Reformvorschlägen, die hier keine Berücksichtigung finden, gehören die Einführung von zusätzlichen Gesundheitsabgaben, der Ausbau von Selbstbeteiligungsmodellen, ein kassenartenübergreifender Risikostrukturausgleich oder die Bruttowertschöpfungsabgabe, da die hierfür notwendigen Datengrundlagen fehlen. Eine rein steuerfinanzierte Gesundheitsversorgung ist mit den Daten des SOEP nur in Form einer direkten (Einkommens-) Steuer simulierbar. Allerdings wird diese Art der Finanzierung in der politischen Diskussion nicht ernsthaft gefordert, daher wird diese Reformalternative nur am Ende der Ergebnisse vergleichend herangezogen.

Neben der Simulation alternativer Modelle der Mittelaufbringung wäre auch ein Wechsel der Finanzierungsform hin zum Kapitaldeckungsverfahren denkbar. Hierzu liegen aber bereits Arbeiten vor, die einen Umstieg vom Umlage- auf das Kapitaldeckungsverfahren und deren fiskalische Konsequenzen aufzeigen (Grabka et al. 2003b).

Im Folgenden wird zunächst eine Simulation des Status Quo vorgenommen, um eine Aussage zur Validität der Mikrosimulation vornehmen zu können.

### 12.1 Beitragseinnahmen und Beitragsbelastung der Versicherten in der GKV und PKV im Status Quo

Die gesamten Beitragseinnahmen in der GKV beliefen sich im Jahre 2001 auf 258 Mrd. DM (BMGS 2003a). In den vorliegenden Simulationen kann ein Beitragsvolumen von insgesamt 251,3 Mrd. DM nachgewiesen werden. Dies entspricht einer Erfassungsquote der simulierten Beitragseinnahmen im Status Quo von knapp 98%. Das errechnete Beitragsvolumen teilt sich zu 127 Mrd. DM auf die Beiträge der Mitglieder und zu insgesamt 124,3 Mrd. DM auf die Beitragszahlungen der Arbeitgeber und entsprechenden Beitragszuschüsse auf (Tabelle 25).

Den im Vergleich zur zugrundeliegenden Zahl der Versicherten relativ höchsten Beitrag zur Krankenversicherung leisten die freiwillig Versicherten der GKV mit rund 49 Mrd. DM (19,5% der gesamten Beitragseinnahmen), obwohl diese nur etwa 9,4% der Versicherten in der GKV ausmachen. Im Gegensatz dazu belaufen sich die Beitragseinnah-

men von beitragsfrei geführten Familienversicherten in der GKV auf gerade einmal 0,62 Mrd. DM.<sup>355</sup>

Die simulierten Beitragseinnahmen der Versicherten, die ausschließlich in der PKV mit einer Krankheitsvollversicherung versichert sind, belaufen sich auf 38,33 Mrd. DM, worin 6,03 Mrd. DM aus Beitragszuschüssen der Arbeitgeber etc. enthalten sind. Die tatsächlichen Beitragsleistungen aller PKV-Versicherten, inkl. selbständiger Zusatzversicherungen, beliefen sich in 2001 auf 38,63 Mrd. DM (19,75 Mrd. Euro) (PKV 2001: 15). Rechnet man die Auslandsrankenversicherung heraus - da sie nicht zum primären Krankenversicherungsschutz gezählt werden kann - so machen die Beitragseinnahmen in der PKV 38,12 Mrd. DM (19,49 Mrd. Euro) aus.<sup>356</sup> Das vom SOEP ausgewiesene Beitragsvolumen der PKV Versicherten wird somit insgesamt leicht überschätzt.

Eine Überprüfung der simulierten Krankenversicherungsbeiträge bzw. Beitragszuschüsse für alle anderen Sicherungsformen ist aufgrund fehlender Referenzstatistiken nicht möglich. Für Anspruchsberechtigte in der Freien Heilfürsorge und für Personen ohne Krankenversicherungsschutz ergibt sich aber ein simulierter Arbeitgeberbeitrag bzw. ein Beitragszuschuss aus den Beihilferegelungen bzw. durch monetär bewertete Ansprüche einer freien Krankenbehandlung in Höhe von 1,48 Mrd. DM.<sup>357</sup> Aufgrund der zum Teil ungenauen Abgrenzung von Personen in "besonderen Sicherungsformen" bezüglich ihres Versicherungsstatus werden diese hier nicht der GKV zugeteilt, sondern eigenständig ausgewiesen.

Die Summe der Einnahmen aus Krankenversicherungsbeiträgen zur GKV und zur PKV – die den Krankenversicherungsschutz von rund 98% der Bevölkerung abdecken – wird durch das Ergebnis der Simulationsrechnung in der Summe sehr gut getroffen. Eine Aussage über die Qualität der simulierten Beiträge und Beitragszuschüsse bei den sonstigen Sicherungsformen ist aufgrund fehlender oder unzureichender Referenzstatistiken nur eingeschränkt möglich, doch sind zumindest keine besonderen Unplausibilitäten erkennbar.

---

<sup>355</sup> Trotz der Beitragsfreiheit von Familienversicherten entrichten Arbeitgeber bei einer geringfügigen Beschäftigung einen Beitrag an die GKV.

<sup>356</sup> Eine exaktere Abgrenzung ist aufgrund der selbständigen Teilversicherungen, die auch von GKV-Versicherten in Anspruch genommen werden, nicht möglich.

<sup>357</sup> Bei den Personen mit der Angabe "ohne Krankenversicherungsschutz" ergibt sich der simulierte Beitragsanteil durch Ansprüche gegenüber der Beihilfe.

Aus diesen insgesamt befriedigenden Ergebnissen kann geschlossen werden, dass das verwendete Mikrosimulationsprogramm zur Beschreibung des Status Quo eine geeignete Ausgangsbasis zur Berechnung fiskalischer Konsequenzen alternativer Finanzierungsformen in der Krankenversicherung darstellt.

**Tabelle 25: Beitragseinnahmen der GKV und der PKV im Status Quo – Statistische Ergebnisse und Ergebnisse der Simulationsrechnung**

Angaben in Mrd. DM für das Jahr 2001

	tatsächlich	simuliert	darunter Beiträge der...-	
			Mitglieder	Arbeitgeber und andere
GKV insgesamt	258,0	251,27	126,98	124,29
• Pflichtversichert	– <sup>1</sup>	152,89	70,96	81,93
• Freiwillig Versichert	– <sup>1</sup>	49,02	31,19	17,83
• Familienversichert	– <sup>1</sup>	0,62	–	0,62
• Als Rentner versichert	– <sup>1</sup>	48,75	24,83	23,92
Besondere Sicherungsformen	>1,2 <sup>2</sup>	2,77	0,31	2,46
PKV	38,12	38,33	32,30	6,03 <sup>3</sup>
Freie Heilfürsorge	– <sup>1</sup>	1,05	–	1,05
Ohne Krankenversicherung	– <sup>1</sup>	0,43	–	0,43

Quellen: SOEP 2001, eigene Berechnungen, BMGS 2003a, PKV 2001: 15.

<sup>1</sup> Keine Referenzangaben bekannt.

<sup>2</sup> Angaben des Städte- und Gemeindebundes für Anspruchsberechtigte über das Sozialamt.

<sup>3</sup> Hierin sind rund 4,4 Mrd. DM unterstellte Beihilfeleistungen für Beamte und deren Familienangehörigen nicht enthalten. Die unterstellten Krankenversicherungsbeiträge der PKV-Versicherten würden sich – unter Berücksichtigung dieses Beitrags – somit auf 42,75 Mrd. DM insgesamt erhöhen.

Im Folgenden werden ausschließlich Ergebnisse der Status-Quo-Simulation beschrieben. Betrachtet man die individuelle durchschnittliche Beitragsbelastung der verschiedenen Versicherungstypen, so ist klar erkennbar, dass freiwillig Versicherte in der GKV absolut insgesamt am stärksten belastet sind. Der gesamte Krankenversicherungsbeitrag – zusammengesetzt aus eigenen Beiträgen und Arbeitgeberbeitrag bzw. Beitragszuschuss – macht bei diesen mehr als 600 DM / Monat je Versicherten aus (Tabelle 26). Innerhalb der GKV folgen mit den jeweils höchsten durchschnittlichen Krankenversicherungsbeiträgen zunächst die Pflichtversicherten (428 DM/Monat), die Rentner (257 DM) und schließlich die Familienversicherten (2,60 DM/Monat)<sup>358</sup>. Bei den Pflichtversicherten und den Rentnern in der GKV ist die paritätische hälftige Finanzierung der Krankenversicherungsbeiträge klar erkennbar.

<sup>358</sup> Arbeitgeberbeiträge aufgrund einer geringfügigen Beschäftigung.

PKV-Versicherte ebenso wie freiwillig Versicherte in der GKV müssen den Krankenversicherungsbeitrag meist vollständig selbst tragen. In den Durchschnittsbeträgen schlägt sich dies darin nieder, dass der ausgewiesene Arbeitgeberbeitrag bzw. Beitragszuschuss geringer ausfällt als der Eigenanteil.

Versicherte in der Freien Heilfürsorge und Personen ohne Krankenversicherungsschutz entrichten zwar keine eigenen Beiträge zur Krankenversicherung, doch im Falle von Beamten und bei Vorliegen eines Anspruches aus der Beihilfe wird hier ein "Arbeitgeberbeitrag" bzw. Beitragszuschuss unterstellt.

**Tabelle 26: Durchschnittlicher Krankenversicherungsbeitrag, Arbeitgeberbeitrag und Beitragszuschuss nach Versicherungstypen – Ergebnisse der Simulationsrechnung für das Jahr 2001 (Status Quo)**

	Krankenversicherungsbeitrag	Arbeitgeberbeitrag / Beitragszuschuss	Insgesamt
	Angaben in DM/Monat		
GKV insgesamt	147,04	143,92	290,96
• Pflichtversichert	198,81	229,55	428,36
• Freiwillig Versichert	388,05	221,87	609,92
• Familienversichert	–	2,60	2,60
• Als Rentner versichert	130,96	126,12	257,08
Besondere Sicherungsformen	14,62	115,24	129,86
PKV	350,67	113,57	464,24
Freie Heilfürsorge	–	161,07	161,07
Ohne Krankenversicherung	–	64,16	64,16

Quellen: SOEP 2001, eigene Berechnungen.

Ein Vergleich der durchschnittlichen Beitragsbelastung zwischen den verschiedenen Versicherungszweigen ist ohne Bezug zum Einkommen der Versicherten wenig aussagefähig. Ein Maß für die Leistungsfähigkeit zu finden ist jedoch schwierig, da in der GKV und der PKV unterschiedliche Bemessungsgrundlagen verwendet werden. Das sozialversicherungspflichtige Einkommen als Bemessungsgrundlage in der GKV ist zu eng gefasst, um die tatsächliche Leistungsfähigkeit zu berücksichtigen. Hier wird daher das erweiterte Markteinkommen als gemeinsame Bezugsgröße in beiden Versicherungsparten verwendet.<sup>359</sup> Wird auf diese Weise ein Maß für die Leistungsfähigkeit berücksichtigt, verschiebt sich die Rangfolge der gemessenen Belastung auf eindrucksvolle Weise: Die höchste durchschnittliche Beitragsbelastung mit 11,7% ihres erweiterten Markteinkommens weisen nun die Pflichtversicherten in der GKV auf, gefolgt von den

Versicherten in besonderen Sicherungsformen mit 11,5% (Tabelle 27). Die relativ hohe Beitragsbelastung bei den besonderen Sicherungsformen erklärt sich durch das vergleichsweise geringere erweiterte Markteinkommen dieser Gruppe. In der Rangfolge der relativen durchschnittlichen Beitragsbelastung folgen die Rentner und die freiwillig Versicherten in der GKV mit jeweils 11,0% bzw. 9,4%. Die geringere relative Beitragsbelastung der freiwillig Versicherten erklärt sich vorwiegend daraus, dass diese Gruppe ein deutlich höheres (mehr als doppelt so hohes) erweitertes Markteinkommen aufweist als Pflichtversicherte in der GKV. Zudem wirkt sich bei den freiwillig Versicherte die BBG begrenzend auf die Höhe der Beitragsbelastung aus.

**Tabelle 27: Durchschnittliche Beitragsbelastung je Versicherten gemessen am erweiterten Markteinkommen<sup>1</sup> nach Versicherungstypen – Ergebnisse der Simulationsrechnung für das Jahr 2001 (Status Quo)**

	Erweitertes Markteinkommen <sup>1</sup>	Krankenversicherungsbeitrag / Beitragszuschuss	Durchschnittliche Beitragsbelastung
	Angaben in DM/Monat		in %
GKV insgesamt	2655	291	11,0
• Pflichtversichert	3655	428	11,7
• Freiwillig Versichert	6461	610	9,4
• Familienversichert	115	3	2,3
• Als Rentner versichert	2328	257	11,0
Besondere Sicherungsformen	1128	130	11,5
PKV	6106	464	7,6
Freie Heilfürsorge	2296	161	7,0
Ohne Krankenversicherung	3664	64	1,8

Quelle: SOEP 2001, eigene Berechnungen.

<sup>1</sup>: Individuelles erweitertes Markteinkommen vor Steuern und Sozialabgaben.

Bemerkenswert ist insgesamt, dass die Versicherten in der PKV nur 7,6% ihres erweiterten Markteinkommens für Krankenversicherungsprämien entrichten, und damit im Durchschnitt deutlich weniger belastet werden als Mitglieder in der GKV.

Betrachtet man die durchschnittliche Beitragsbelastung im Status Quo nach verschiedenen Haushaltstypen (vgl. Tabelle 28), so sind über die gesamte Wohnbevölkerung hinweg nur geringe Unterschiede festzustellen. Hier schwankt die mittlere Beitragsbelastung zwischen 9,4 und 10,8 Prozentpunkten. Betrachtet man allein die GKV-

<sup>359</sup> Dieses umfasst alle individuellen Einkünfte und Transfers vor Steuern und Sozialabgaben und drückt damit besser die tatsächliche finanzielle Leistungsfähigkeit aus. Die Canberra Group (2001: 18) verwendet hierfür den Begriff des "Total Income".

Versicherten, so liegt deren durchschnittliche Beitragsbelastung etwas höher als der vergleichbare Wert der Gesamtbevölkerung und schwankt zwischen 10,2 und knapp 11,3 Prozentpunkten.

**Tabelle 28: Durchschnittliche Beitragsbelastung gemessen am erweiterten Markteinkommen<sup>1</sup> nach Haushaltstypen – Ergebnisse der Simulationsrechnung für das Jahr 2001 (Status Quo)**

	Erweitertes Markteinkommen	Krankenversicherungsbeitrag / Beitragszuschuss	Durchschnittliche Beitragsbelastung
<b>Wohnbevölkerung insgesamt</b>	Angaben in DM/Monat		in %
1-Personen Haushalt	3655	381	10,4
(Ehe-)Paar ohne Kind	3553	375	10,6
Alleinerziehende	1920	208	10,8
Paar + Kind < 16 Jahre <sup>1</sup>	2305	217	9,4
Paar + Kind > 16 Jahre <sup>2</sup>	3214	331	10,3
Paar + Kind <+> 16 Jahre <sup>3</sup>	2132	208	9,8
Sonstige Haushalte	2323	245	10,6
<b>GKV-Versicherte</b>			
1-Personen Haushalt	3365	378	11,2
(Ehe-)Paar ohne Kind	3231	365	11,3
Alleinerziehende	1961	216	11,0
Paar + Kind < 16 Jahre <sup>1</sup>	1923	197	10,2
Paar + Kind > 16 Jahre <sup>2</sup>	3002	330	11,0
Paar + Kind <+> 16 Jahre <sup>3</sup>	1942	200	10,3
Sonstige Haushalte	2126	241	11,3

Quellen: SOEP 2001, eigene Berechnungen.

<sup>1</sup> Mindestens ein Kind im Alter von unter 16 Jahren.

<sup>2</sup> Mindestens ein Kind im Alter von 16 Jahren und darüber.

<sup>3</sup> Kinder sowohl im Alter von unter 16 Jahren als auch von 16 Jahren und darüber.

Größere Unterschiede ergeben sich bei der Differenzierung nach der Zahl der Kinder im Haushalt (Tabelle 29). In der GKV besteht die Tendenz, dass mit zunehmender Zahl der Kinder im Haushalt die durchschnittliche Beitragsbelastung kontinuierlich sinkt. So werden GKV-Versicherte ohne Kinder mit rund 11,3% Krankenversicherungsbeitrag belastet, wohingegen Versicherte mit drei und mehr Kindern nur rund 9% ihres erweiterten Markteinkommens an die GKV entrichten.<sup>360</sup>

<sup>360</sup> Die abnehmende Beitragsbelastung dürfte auf die zunehmende Bedeutung von Transfereinkommen mit geringerer durchschnittlicher Beitragsbelastung oder Beitragsfreiheit zurückzuführen sein (z.B. im Falle von Elternschaft).



Bei den PKV-Versicherten ist kein klarer Trend erkennbar, die durchschnittliche Beitragsbelastung schwankt um 7,5-Prozentpunkte.<sup>361</sup>

**Tabelle 29: Durchschnittlicher Krankenversicherungsbeitrag, Arbeitgeberbeitrag und Beitragszuschuss nach Kinderzahl – Ergebnisse der Simulationsrechnung für das Jahr 2001 (Status Quo)**

	Zahl der Versicherten in Tsd.	Krankenversicherungsbeitrag	Arbeitgeberbeitrag / Beitragszuschuss	Insgesamt	Beitragsbelastung
		Angaben in DM/Monat			in %
<u>GKV-Versicherte in Haushalten mit ...</u>					
• keinem Kind	41.123	182	177	359	11,3
• 1 Kind	13.329	123	122	245	10,8
• 2 Kinder	11.839	92	90	182	10,1
• 3 und mehr	5.318	64	61	125	9,0
<u>PKV-Versicherte in Haushalten mit ...</u>					
• keinem Kind	5.305	351	108	459	7,8
• 1 Kind	1.326	325	131	456	7,5
• 2 Kinder	864	363	125	488	6,8
• 3 und mehr	184	476	88	564	7,9
<u>Sonstige Sicherungsformen</u>					
• keinem Kind	1.297	11	139	150	6,3
• 1 Kind	727	9	129	138	7,1
• 2 Kinder	750	5	85	90	6,9
• 3 und mehr	456	13	61	74	8,1

Quellen: SOEP 2001, eigene Berechnungen.

Betrachtet man als Letztes die durchschnittliche Beitragsbelastung nach Einkommensquintilen über die gesamte Bevölkerung hinweg, so ist erkennbar, dass sich in den ersten drei Quintilen die Beitragsbelastung mit etwas mehr als 11% weitgehend ähnelt und für die oberen Einkommensgruppen dann deutlich abnimmt. Neben der unterschiedlichen Beitragsbelastung zwischen GKV und PKV kommt hierin auch die degressive Wirkung der BBG zum Ausdruck (Tabelle 30).

**Tabelle 30: Anteil des Krankenversicherungsbeitrags je Versicherten am erweiterten Haushaltsmarkteinkommen nach Einkommensquintilen – Ergebnisse der Simulationsrechnung für das Jahr 2001 (Status Quo)**

<sup>361</sup> Bei den sonstigen Sicherungsformen scheint die Beitragsbelastung mit der Zahl der Kinder im Haushalt zuzunehmen. Diese Aussage ist jedoch nur eingeschränkt gültig, da in den zugrundeliegenden Simulationen keine Differenzierung der Beihilfeleistungen nach der Kinderzahl vorgenommen wurde.

<b>Einkommens- quintil<sup>1</sup></b>	<b>Betragsbelastung in %</b>
1. Quintil	11,4
2.	11,5
3.	11,2
4.	10,7
5. Quintil	9,0
Insgesamt	10,8

Quellen: SOEP 2001, eigene Berechnungen.

<sup>1</sup> Das erste Quintil bezeichnet die Gruppe, der nach der Einkommenshöhe geordneten Personen und Haushalte mit den niedrigsten, das fünfte Quintil diejenige mit den höchsten Einkommen.

## 12.2 Ausweitung der Bemessungsgrundlage und Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze innerhalb der bestehenden GKV (Modellvarianten GKV-BG1 bis GKV-BG7)

Eine der weit verbreiteten Forderungen für die künftige Finanzierung der GKV besteht in einer Ausweitung der Bemessungsgrundlage (BG) und der Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze (BBG).

Die Auswirkungen derartiger Reformen auf der Basis eines Simulationsmodells zu untersuchen, ist daher ein wichtiges Anliegen der empirischen Forschung, zumal Berechnungen zu dieser Frage bisher nicht vorliegen (Zipperer 1999: 136). Neben einer Anhebung bzw. Aufhebung der BBG wird daher der Effekt einer Ausweitung der BG auf weitere Einkommensarten für alle GKV-Versicherten untersucht.

Eine Anhebung der BBG auf das Niveau der in der GRV geltenden Grenze hätte in 2001 Beitragsmehreinnahmen von rund 10,5 Mrd. DM bewirkt, was einem Beitragssatzeffekt von 0,55 Punkten entspricht (vgl. Tabelle E1<sup>362</sup>).<sup>363</sup> Die zusätzliche Beitragsbelastung würde sich vorwiegend auf Mitglieder der AKV und deren Arbeitgeber zu etwa gleichen Teilen auswirken, wobei vorwiegend freiwillige Mitglieder der GKV betroffen wären (**GKV-BG1**). Die durchschnittliche Beitragsbelastung würde für diese Gruppe der Versicherten deutlich, von 9,4% um 1,5 Prozentpunkte, ansteigen (Tabelle E2). Bezogen auf die Haushaltsgröße wären vorwiegend größere Haushalte stärker betroffen, da freiwillig Versicherte eine überdurchschnittliche Haushaltsgröße aufweisen. Da von

<sup>362</sup> Alle Ergebnistabellen zur den Simulationsrechnungen der Reformmodelle sind dem Anhang zu entnehmen.

<sup>363</sup> Ein Beitragssatzpunkt in der GKV entspricht unter den Bedingungen, die im Jahre 2001 herrschten, Beitragseinnahmen in Höhe von rund 19 Mrd. DM.

dieser Reformmaßnahme nur höhere Einkommensgruppen betroffen sind, ändert sich die Beitragsbelastung nur in den oberen beiden Einkommensquintilen, wobei die Beitragsbelastung im obersten Quintil um knapp 0,7 Prozentpunkte zunimmt (Tabelle E16)<sup>364</sup>.

Eine alleinige Ausweitung der BG auf weitere Einkommensarten (Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung, Kapitaleinkünfte, Einkommen aus Selbständigkeit) bei Mitgliedern der GKV (**GKV-BG3**) würde die tatsächliche finanzielle Leistungsfähigkeit der Mitglieder in der GKV besser berücksichtigen. Die zu erwartenden Beitragseinnahmen hätten sich auf immerhin knapp 8 Mrd. DM belaufen, was einem Beitragseffekt von 0,42 Punkten entspricht. Von dieser Maßnahme wären allerdings nur pflichtversicherte Mitglieder und Mitglieder der KVdR (zu etwa gleichen Teilen) betroffen gewesen, da freiwillige Mitglieder beitragspflichtige Einkünfte oberhalb der BBG aufweisen oder, wie bei Selbständigen, bereits alle Einkunftsarten zur Beitragsbemessung herangezogen werden. Damit werden aber vorrangig die ersten drei Einkommensquintile mit höheren Beiträgen belastet (zusätzlich knapp 0,4 Prozentpunkte).

In einem weiteren Schritt ist eine Ausweitung der BG auf weitere Einkunftsarten nicht allein für beitragspflichtige Mitglieder der GKV sondern für alle Versicherten denkbar, d.h. dass auch Familienversicherte, für die z.B. Kapitaleinkünfte bislang beitragsfrei waren, werden zur Entrichtung von Beiträgen herangezogen (**GKV-BG5**). Die hierdurch zusätzlich zu erwartenden Beitragseinnahmen hätten sich aber lediglich auf rund 1,5 Mrd. DM belaufen (im Vergleich zu Modell GKV-BG3; gegenüber dem Status Quo insgesamt rund 9,5 Mrd. DM). Bei einer solchen Reform hätte sich der Abstand der Beitragsbelastung zwischen unterstem und oberstem Quintil um mehr als 0,2 Prozentpunkte vergrößert, da wiederum die ersten drei Einkommensquintile überproportional betroffen gewesen wären.

Die Modelle **GKV-BG4** und **GKV-BG6** verdeutlichen die Auswirkung einer Anhebung der BBG auf das Niveau der in der GRV geltenden Grenze in Kombination mit einer Ausweitung der BG auf weitere Einkunftsarten (nur bei Mitgliedern bzw. bei allen GKV-Versicherten). Die gleichzeitige Ausweitung der BG und Anhebung der BBG hat

---

<sup>364</sup> Vgl. im folgenden für die Modelle GKV-BG1 bis GKV-BG7 die Tabelle E1, E2, E3, E16 und E17.

erheblich stärkere fiskalische Effekte, da hiervon erheblich mehr Personen betroffen sind. In den beiden Varianten hätten die zusätzlichen Beitragseinnahmen im Vergleich zum Status Quo zwischen 19,1 und 20,6 Mrd. DM ausgemacht, was einem Beitragssatzeffekt von etwas mehr als einem Prozentpunkt entspricht.<sup>365</sup> Besonders stark wären hier wiederum die freiwillig Versicherten betroffen gewesen, die mehr als 7,8 Mrd. Beiträge zusätzlich hätten entrichten müssen. Deren durchschnittliche Beitragsbelastung wäre um rund 1,5 Prozentpunkte auf 10,9% gestiegen. Dies hat natürlich auch zur Folge, dass die Beitragsbelastung mit der Höhe der Einkommen stärker zunimmt, was 2001 im obersten Quintil rund 1 Prozentpunkt ausgemacht hätte.

Fiskalisch am ergiebigsten für die GKV wäre eine vollständige Aufhebung der BBG (**GKV-BG2**). Allein diese Maßnahme hätte *ceteris paribus* Beitragsmehreinnahmen von mehr als 21 Mrd. DM bzw. einen Beitragssatzeffekt von 1,12 Prozentpunkten bewirkt. Hierbei wären wiederum vorrangig freiwillig Versicherte betroffen. Mehr als 80% der zusätzlichen Einnahmen hätte 2001 von dieser Gruppe finanziert werden müssen. Deren Beitragsbelastung wäre von 9,4% auf 12,6% deutlich angestiegen und damit höher ausgefallen als bei den anderen Versichertengruppen der GKV.

Maximale Beitragseinnahmen innerhalb der bestehenden GKV ließe eine Kombination aus Aufhebung der BBG und Ausweitung der BG erwarten (**GKV-BG7**). Gegenüber dem Status Quo wäre es im Referenzjahr zu zusätzlichen Beiträgen in Höhe von knapp 32 Mrd. DM (Beitragssatzeffekt 1,68 Prozentpunkte) gekommen, wobei diese zu 54% von den freiwillig Versicherten, zu gut 26% von den pflichtversicherten Mitgliedern und zu weiteren 14% von den Mitgliedern der KVdR getragen worden wären. Die durchschnittliche Beitragsbelastung dieser drei Versichertengruppen hätte sich annähernd und einheitlich rund 12,5% erhöht. Sogar Familienversicherte hätten so eine Beitragsbelastung in Höhe von etwa 8% zu erwarten. Über die gesamten Einkommensquintile hinweg ergäbe sich eine gleichförmige Beitragsbelastung in allen Einkommensgruppen, wobei diese lediglich im obersten Quintil um rund einen Prozentpunkt niedriger gelegen hätte als in allen anderen Einkommensgruppen. Verglichen aber mit der Beitragsbelastung von Versicherten der PKV, würden Versicherte der GKV eine mehr als 60% höhere

---

<sup>365</sup> Das Ergebnis aus Modell GKV-BG6 stimmt hierbei weitgehend (1,1 Prozentpunkte) mit dem der Rürup-Kommission überein, welche einen Beitragssatzeffekt von 1,3 Prozentpunkten ausweist (BMGS 2003c: 159).

Beitragsbelastung erfahren. Maximale fiskalische Effekte ließen sich damit nur durch eine An- bzw. Aufhebung der Versicherungspflichtgrenze erreichen, da es sonst zu verstärkten Wechselbewegungen zur PKV käme.

Festzuhalten bleibt, dass eine Anhebung der BBG auf das Niveau der in der GRV geltenden Grenze eine Beitragssatzentlastung von rund 0,5 Prozentpunkten bewirkt hätte und eine Ausweitung der Bemessungsgrundlage auf weitere Einkunftsarten bei allen Versicherten der GKV nochmals einen Beitragssatzentlastungseffekt von rund 0,5 Prozentpunkten haben dürfte. Eine vollständige Aufhebung der BBG würde zusätzlich den Beitrag zur GKV um rund 0,6 Prozentpunkte verringern. Damit wäre im bestehenden GKV-System eine maximale Beitragssatzentlastung von knapp 1,7 Prozentpunkten zu erwarten. Weitere fiskalische Effekte wären nur bei einer Ausweitung der versicherungspflichtigen Bevölkerung abzusehen.

Im Rahmen der rein statischen Simulation kann kein Wechsel zu einer privaten Krankenversicherung dargestellt werden. Es kann jedoch von einem erheblichen Wechslerpotential zugunsten der PKV ausgegangen werden, da die zusätzlichen Beitragsbelastungen die Wettbewerbsposition der GKV nachhaltig schwächen würden.<sup>366</sup> Der tatsächliche Beitragssatzeffekt der vorgestellten Maßnahmen dürfte demnach erheblich geringer ausfallen, falls nicht flankierend eine Anhebung der Versicherungspflichtgrenze erwogen wird.

### 12.3 Ausweitung der versicherungspflichtigen Bevölkerung zugunsten der GKV (Modellvarianten GKV-VP1 und GKV-VP2)

In der Diskussion über die Reform der Finanzierung der Krankenversicherung wird auch die Ausweitung der Versicherungspflicht in der GKV auf weitere Bevölkerungskreise gefordert. Würden die Gruppen der Personen, die bisher keinen Krankenversicherungsschutz haben, in der Freien Heilfürsorge oder in besonderen Sicherungsformen versichert sind (vornehmlich Anspruchsberechtigte über das Sozialamt) unter den Bedingungen der bisherigen Beitragsregelungen für freiwillige Mitglieder der GKV versiche-

---

<sup>366</sup> Vgl. zu den potentiellen Wechselbewegungen zugunsten der PKV nach Anhebung der BBG: Boetius und Wiesemann (1998: 47ff.) und Rohweder (1996: 258).

rungspflichtig, so ließen sich für 2001 Beitragsmehreinnahmen in Höhe von mehr als 7 Mrd. DM schätzen (**GKV-VP1**, Tabelle E4).<sup>367</sup>

Diesen zusätzlichen Einnahmen hätten jedoch Leistungsmehrausgaben von mehr als 8 Mrd. DM gegenübergestanden.<sup>368</sup> Es käme also sogar zu einer weiteren finanziellen Belastung zuungunsten der GKV. Diese zusätzliche Belastung erklärt sich vorrangig durch die vergleichsweise schlechten Risiken der besonderen Sicherungsformen, dies ist unter anderem auch einer der Gründe warum diese Gruppe von einer Versicherungspflicht in der GKV bislang entbunden wird.

Bisher nicht krankenversicherte Personen würden bei einer solchen Reform erhebliche Beiträge zahlen, die Beitragsbelastung der übrigen neuen Versichertengruppen würde erheblich ansteigen, doch würde diese immer noch leicht unter der der bisher in der GKV versicherten Bevölkerung liegen.<sup>369</sup> Die zusätzliche Beitragslast wäre vorrangig von den Versicherten selbst zu tragen, da Sozialhilfeträger oder Arbeitgeber (hier: Freie Heilfürsorge) diesen Personengruppen bereits äquivalente Leistungen im Krankheitsfalle zur Verfügung stellen und "nur" eine Umwidmung zu einem Krankenversicherungsbeitrag vorzunehmen hätten.

In einer Variante dieses Modells (**GKV-VP2**) wird zusätzlich zur Ausdehnung der Versicherungspflicht die Anhebung der BBG auf das Niveau der in der GRV geltenden Grenze unterstellt. Die zusätzlichen Beitragseinnahmen bei dem erweiterten Versichertenkreis wären mit 0,21 Mrd. DM vergleichsweise gering ausgefallen, was sich aus der absolut geringen Zahl neuer Versicherter erklärt (Tabelle E4). Bei den besonderen Sicherungsformen sind keine weiteren Beitragseinnahmen zu erwarten, da diese unterdurchschnittliche Einkommen aufweisen. Aufgrund des erweiterten Versichertenkreises wären die Beitragsmehreinnahmen zwar höher ausgefallen (knapp 18 Mrd. DM) als bei einer Anhebung in der bestehenden GKV, doch der Nettoeffekt hätte sich aufgrund der zusätzlichen Leistungsausgaben auf nur 0,5 Beitragssatzpunkte belaufen.

---

<sup>367</sup> Die Zweiteilung der Versicherungssysteme in GKV und PKV wird bei dieser Variante beibehalten.

<sup>368</sup> Zusätzliche Beitragseinnahmen bei freiwillig Versicherten der GKV ergeben sich hier aus der Aufhebung der Sonderregelungen in der studentischen Krankenversicherung. Es werden die Beitragsregelungen für freiwillige Mitglieder angewendet.

<sup>369</sup> Dies könnte ein Indiz für die etwas bessere Einkommensstruktur der bisher nicht in der GKV versicherten Bevölkerung gewertet werden.

## 12.4 Varianten einer Bürgerversicherung (Modellvarianten Bürgerversicherung 1 bis Bürgerversicherung 5)

Die hier simulierten Modelle stellen verschiedene Varianten einer Bürgerversicherung dar, d.h. für die gesamte Wohnbevölkerung herrscht Versicherungspflicht in der GKV.

Das Modell **Bürgerversicherung 4** entspricht dabei dem Vorschlag der Rürup-Kommission, der folgende Kernbestandteile enthält: die Erweiterung des Versichertenkreises auf die gesamte Wohnbevölkerung, die Erweiterung der Bemessungsgrundlage durch Einbeziehung weiterer Einkunftsarten und eine Anhebung der BBG auf das Niveau der in der GRV geltenden Grenze.

Die Beitragsmehreinnahmen einer solchen Bürgerversicherung hätten sich nach den Simulationsrechnungen für 2001 auf rund 88 Mrd. DM belaufen, denen Leistungsmehrausgaben in Höhe von reichlich 37 Mrd. DM gegenübergestanden hätten (Tabelle E4).<sup>370</sup> Als Nettoeffekt ergäbe sich eine errechnete durchschnittliche Beitragssatzentlastung in Höhe von 2,2 Prozentpunkten. Die Entlastung fällt um 0,9 Prozentpunkte stärker aus als von der Rürup-Kommission ausgewiesen. Dies liegt unter anderem daran, dass die Kommission Informationen zur Bestimmung der potentiellen Leistungsmehrausgaben, insbesondere bei bisher privat Krankenversicherten, nicht adäquat berücksichtigte (BMGS 2003c: 159f.).<sup>371</sup>

Die Beitragsbelastung der bisher nicht in der GKV versicherten Bevölkerung würde erheblich sein, bzw. sich erheblich vergrößern, d.h. sie müsste im Vergleich zum Status Quo erheblich höhere Beiträge entrichten (Tabelle E5). Allein die bisher in der PKV-Versicherten hätten bei dieser Reformvariante knapp 17 Mrd. DM höhere Beiträge als im Status Quo zu entrichten und damit die Hauptlast der zusätzlichen Beitragseinnahmen für die GKV zu tragen.

Um den Effekt einer Anhebung der BBG auf das Niveau der in der GRV geltenden Grenze herauszurechnen, wurde im Modell **Bürgerversicherung 1** nur die Ausweitung der Versicherungspflicht auf bisher nicht in der GKV versicherte Personen berechnet.

---

<sup>370</sup> Vgl. im Folgenden für die Ergebnisse der Modelrechnungen zur Bürgerversicherung die Tabellen E4, E5, E6, E16 und E17.

<sup>371</sup> Zur Bestimmung der Leistungsmehrausgaben bei Ausweitung der Versicherungspflicht in der GKV wurde hier auf die Ausgabenprofile aus dem RSA zurückgegriffen und den entsprechenden Personen direkt zugewiesen. Vgl. hierzu auch den Abschnitt: Leistungsmehrausgaben und hypothetische Pauschalprämien bei Ausweitung der Versicherungspflicht in der GKV.

Allein die Ausweitung der Versichertenpopulation hätte 2001 Beitragseinnahmen von knapp 60 Mrd. DM für die GKV bedeutet. Als Nettoeffekt ergäbe sich ein Beitragssatzentlastungseffekt von einem Prozentpunkt, da die Leistungsmehrausgaben lediglich rund 37 Mrd. DM betragen hätten. Bislang PKV-Versicherte hätten damit eine durchschnittliche Beitragsbelastung, die derjenigen der bislang freiwillig Versicherten (9,5%) entsprechen würde. Die individuelle Veränderung der Beitragsbelastung hinge aber von der Einkommenshöhe ab, da im untersten Einkommensquintil die Beitragsbelastung um 0,5 Prozentpunkte abnehmen und im obersten Quintil um 0,7 Prozentpunkte zunehmen würde.<sup>372</sup>

In einem weiteren Schritt wird im Modell **Bürgerversicherung 2** nun zusätzlich die BBG auf das Niveau der in der GRV geltenden Grenze angehoben. Allein die Anhebung der BBG hätte eine zusätzlichen Beitragssatzentlastung von 0,8 Prozentpunkten bewirkt. Insgesamt fiel ein Beitragssatzentlastungseffekt in Höhe von insgesamt 1,8 Prozentpunkten an. Die Beitragsbelastung würde dabei vorrangig sowohl bei freiwillig Versicherten als auch bei bisher in der PKV-Versicherten deutlich ansteigen. Die zusätzlichen Beiträge dieser beiden Gruppen hätten in 2001 jeweils nochmals etwa 7,5 - 8 Mrd. DM ausgemacht.

Im Modell **Bürgerversicherung 3** wird eine Kombination einer Ausweitung der Versicherungspflicht auf die Gesamtbevölkerung und einer Ausweitung der Bemessungsgrundlage auf weitere Einkunftsarten bei allen GKV-Versicherten simuliert. Hier liegt der Beitragssatzentlastungseffekt mit 1,4 Prozentpunkten in etwa zwischen den Modellen Bürgerversicherung 1 und Bürgerversicherung 2, da eine Anhebung der BBG fiskalisch ergiebiger ist als eine Ausweitung der Bemessungsgrundlage bei GKV-Versicherten.<sup>373</sup>

---

<sup>372</sup> Eine Verringerung der Beitragsbelastung erklärt sich vorrangig daraus, dass bisher privat versicherte Personengruppen mit geringen Einkommen, wie einfache Beamte oder Selbständige mit geringen Einkünften, in der PKV aufgrund ihrer individuellen Risiken heute mitunter höhere Beiträge entrichten als in der GKV. Diese Gruppen würden durch eine entsprechende Reform entlastet. Zudem müssen in der PKV weitere Familienangehörige eigenständig versichert werden. Bei einer Versicherungspflicht in der GKV würde aber Beitragsfreiheit für Familienversicherte gelten, die wiederum die Beitragsbelastung senkt.

<sup>373</sup> Bei einer Betrachtung des Nettoeffekts dieser Reformvarianten ist zudem zu beachten, dass bei unverändertem Steuerrecht aufgrund höherer Vorsorgebeträge durch erhöhte Krankenversicherungsbeiträge mit insgesamt verringerten Steuereinnahmen in Höhe von rund 250 Mio. DM zu rechnen wäre.



Eine maximale fiskalische Wirkung ließe sich mit dem Modell **Bürgerversicherung 5** erzielen, in dem neben einer allgemeinen Versicherungspflicht in der GKV und einer Ausweitung der Bemessungsgrundlage auf weitere Einkunftsarten zusätzlich die BBG aufgehoben würde. Die degressive Wirkung der BBG wäre damit abgeschafft und vor allem höhere Einkommen würden stärker zur Finanzierung herangezogen werden.

Der positive Effekt dieser Maximalvariante wäre eine Beitragsentlastung in Höhe von 2,9 Prozentpunkten für die Gesamtbevölkerung. Damit hätte sich der Beitragssatz in der GKV im Jahr 2001 theoretisch von rund 14,4% auf 11,5% senken lassen.

Den Hauptfinanzierungseffekt dieser Variante hätten dabei wieder die bisher freiwillig Versicherten der GKV und die bislang privat Versicherten zu tragen gehabt. Für diese beiden Gruppen wäre die Beitragsbelastung auf rund 12,5% ihres individuellen erweiterten Markteinkommens gestiegen und läge damit höher als bei allen anderen Versichertengruppen. Eine Beitragsäquivalenz würde bei diesem Vorgehen faktisch nicht mehr bestehen. Neben diesen beiden Versichertengruppen wären die Arbeitgeber – vorrangig durch die Anhebung der BBG – mit mehr als 30 Mrd. DM zusätzlich belastet worden. Dieses Ergebnis würde also eindeutig der heute im Vordergrund der sozialpolitischen Diskussion stehenden Forderung nach einer Entlastung der Lohnnebenkosten entgegen stehen.

Generell gilt bei den Modellen einer Bürgerversicherung (hier insbesondere die Modelle Bürgerversicherung 4 und 5), dass die Hauptlast der zusätzlichen Finanzierung von den oberen Einkommensgruppen zu tragen wäre. Im obersten Einkommensquintil würde die Beitragsbelastung um 2,2 bzw. 3,5 Prozentpunkte ansteigen. Im vierten Einkommensquintil liegen die entsprechenden Werte immer noch bei rund 1,3 bzw. 1,5 Prozentpunkten. Dies könnte bei diesen Einkommensgruppen zu negativen Arbeitsanreizen führen, da die Äquivalenz zwischen Beitrag und empfangener Leistung deutlich abnimmt. Der Krankenversicherungsbeitrag erhielte damit den Charakter einer zusätzlichen Steuer.

Derzeit wäre es zwar unrealistisch, mit einer praktischen Umsetzbarkeit der Modelle einer Bürgerversicherung zu rechnen, da eine Ausweitung der Versicherungspflicht insbesondere auf Versicherte der PKV auf verfassungsrechtliche Bedenken stoßen werden. Dennoch sind die Ergebnisse der vorgestellten Simulationsrechnungen interessant, da sie auf eindrucksvolle Weise die potenziellen Umverteilungseffekte und die mögliche hohe fiskalische Ergiebigkeit dieser Reformvarianten verdeutlichen.

## 12.5 Modelle mit Pauschalprämien und sozialem Ausgleich für GKV-Versicherte (Modellvarianten Pauschalprämie-GKV 1 bis Pauschalprämie-GKV 3)

Eine systemrevolutionäre Reformvariante wie sie auch von der sogenannten "Rürup-Kommission" vorgeschlagen wird, stellt das Pauschalprämienmodell dar (BMGS 2003c: 161ff.).<sup>374</sup> Kernelemente dieses Reformmodells sind die Einführung von Pauschalprämien für alle GKV-Versicherten bei einer vollständigen Abkehr von der einkommensbezogenen Beitragsbemessung, wobei jeder Versicherte eine Gesundheitsprämie unabhängig vom individuellen Risiko entrichtet.<sup>375</sup> Ein Vorteil dieser Reformmaßnahme wäre, dass die beiden Versicherungssysteme der GKV und der PKV in einen direkten Wettbewerb treten könnten. Zudem wäre eine Umsetzung dieser Reform in der gegenwärtigen GKV einfacher durchzuführen, wenn die institutionellen Regelungen der übrigen Sondersysteme dadurch nicht tangiert würden.

Wie oben betont, erfordern Pauschalprämienmodelle zugleich die Einführung eines sozialen Ausgleichs, um eine finanzielle Überforderung einkommensschwacher Personen und Haushalte mit Krankenversicherungsprämien zu vermeiden. Bei den Simulationsrechnungen wird beispielhaft unterstellt, dass die Beitragsbelastung 15% des erweiterten Haushaltseinkommens nicht überschreiten soll, wobei dieses sich entweder

---

<sup>374</sup> Im Gegensatz zu den Berechnungen der Rürup-Kommission, die eine Belastung von 13,3% "Eigenanteil-Tarif 1" unterstellt, wird hier eine maximale Beitragsbelastung in Höhe von 15% angenommen (BMGS 2003c: 172). Zudem wird hier als Bemessungsgrundlage zur Bestimmung des sozialen Ausgleichs das erweiterte Haushaltseinkommen verwendet und nicht allein das Bruttoeinkommen. Die Wahl dieses Einkommensbegriffs erklärt sich dadurch, dass die gesamte finanzielle Leistungsfähigkeit Berücksichtigung finden soll und nicht nur das zu versteuernde Einkommen. So müssen bspw. Arbeitslose ihr Einkommen nicht versteuern und hätten demnach – unabhängig von der Höhe des Arbeitslosengeldes – vollen Anspruch auf einen sozialen Ausgleich. Die gesamte tatsächliche finanzielle Leistungsfähigkeit berücksichtigt damit auch alle Transferarten, die in das erweiterte Haushaltseinkommen eingerechnet werden.

Als weitere Abweichung gegenüber den Annahmen eines Kopfpauschalmodells der Rürup-Kommission wird hier ein Kopfbeitrag in Höhe von 192,60 Euro anstatt von 210 Euro angenommen. Dieser Unterschied ergibt sich zum Einen aus der Annahme, dass die bisherige GKV weitere Finanzquellen in Höhe von rund 3-5% aufweist, die sich z.B. aus Zinsgewinnen u.ä. ergeben. Dieser Finanzierungsanteil wird hier auch bei einem Pauschalprämienmodell unterstellt. Der zweite, aber wichtigere Grund für die hier verwendete geringere Pauschalprämie, ergibt sich aus einer detaillierteren Bestimmung des zusätzlichen Beitragsbedarfs für bisher nicht in der GKV versicherte Personen. Hier standen der Rürup-Kommission nur ungenaue Angaben zur Verfügung.

<sup>375</sup> Zur Ermittlung der Höhe einer Pauschalprämie in der GKV vgl. den Abschnitt: 10.9.

nur auf die Einkommen von Versicherten der GKV bezieht oder auf alle Haushaltsmitglieder.<sup>376</sup>

Bei der hier diskutierten Reformvariante würden selbstverständlich keine zusätzlichen Beitragseinnahmen anfallen, da das Finanzvolumen der GKV lediglich anders – durch Pauschalprämien – aufgebracht werden würde. Die Verteilung der Beitragslast würde sich aber durch diese Maßnahme erheblich verändern, da pflicht- und freiwillig Versicherte entlastet und vorrangig Familienversicherte deutlich belastet würden.

Bei einer Pauschalprämie für alle GKV-Versicherten ohne Beitragsreduktion für Kinder und Jugendliche (**Pauschalprämie-GKV1**) wäre für die Gruppe der Familienversicherten gegenüber dem Status Quo eine zusätzliche Belastung in Höhe von mehr als 71 Mrd. DM angefallen (Tabelle E7)<sup>377</sup>. Demgegenüber wären pflichtversicherte bzw. freiwillige Mitglieder der GKV mit knapp 45 Mrd. DM bzw. knapp 25 Mrd. DM entlastet worden. Diese Entlastung ergibt sich vorrangig daraus, dass diese beiden Versichertengruppen vorwiegend Nettozahler in der bestehenden GKV sind und durch die Einführung eines Pauschalprämienmodells profitieren würden. Je nachdem ob Kinder und Jugendliche von Beiträgen vollständig oder teilweise freigestellt werden sollen, sind Versicherte der KVdR mit erheblichen Beitragssteigerungen konfrontiert.

Der Transferbedarf für den sozialen Ausgleichs variiert zum Einen, je nachdem ob Kinder und Jugendliche von Beiträgen vollständig oder teilweise freigestellt werden sollen, und zum Anderen mit der Wahl der Bemessungsgrundlage zur Bestimmung des Ausgleichsbedarfs. Werden Kinder auch mit der vollen Pauschalprämie belastet, ergibt sich daraus in der Regel der höchste Transferbedarf. Wird dagegen eine teilweise Beitragsreduktion für Kinder und Jugendliche gewährt, so minimiert sich der Ausgleichsbedarf.

Wird als Kriterium der sozialen Bedürftigkeit allein das erweiterte Haushaltsmarkteinkommen von GKV-Versicherten unterstellt, so hätte in 2001 das Volumen des sozialen Ausgleichs zwischen 31,9 und 35,5 Mrd. DM gelegen.

Wird die Bemessungsgrundlage auf die Einkommen aller Haushaltsmitglieder ausgeweitet, so reduziert sich der Ausgleichsbedarf rechnerisch zwischen 27,2 und 30,3 Mrd.

---

<sup>376</sup> Das Kriterium der sozialen Bedürftigkeit wurde in den Simulationsrechnungen zum Einen eng auf den Kreis der GKV-Haushaltsmitglieder und zum Anderen auf alle Haushaltsmitglieder bezogen.

DM. Wird eine engere Bemessungsgrundlage gewählt und der Ausgleichsbedarf allein auf das Haushaltsbruttoeinkommen bezogen, zieht dies einen größeren sozialen Ausgleichsbedarf nach sich. Dieser hätte dann zwischen 38,9 und 42 Mrd. DM gelegen.<sup>378</sup> Anspruch auf einen sozialen Ausgleich hätten damit rund ein Drittel der privaten Haushalte gehabt, wobei der durchschnittliche monatliche Ausgleichsbedarf zwischen 56 DM und 87 DM je Haushalt gelegen hätte.

Bei der Betrachtung der durchschnittlichen Beitragsbelastung wird hier nur das gesamte erweiterte Haushaltseinkommen als Bezugsgröße gewählt (Tabelle E8).<sup>379</sup> Ein gewährter sozialer Ausgleich reduziert bei allen Versichertengruppen der GKV die durchschnittliche Beitragsbelastung, wobei diese Entlastung verstärkt bei Familienversicherten und Versicherten der KVdR wirkt. So hätte sich die Beitragsbelastung durch den sozialen Ausgleich bei der letztgenannten Gruppe bei Beitragsfreiheit von Kindern und Jugendlichen (**Pauschalprämie-GKV 3**) im Modell von 16,5% um 3,3 Prozentpunkte reduziert. Generell werden vorrangig freiwillig Versicherte der GKV durch die Einführung von Pauschalprämien entlastet. Gegenüber dem Status Quo beträgt die Entlastung dieser Versicherten rund 2 Prozentpunkte.

Vergleicht man die Veränderung der durchschnittlichen Beitragsbelastung nach verschiedenen Haushaltstypen, so ist klar erkennbar, dass bei einer Einführung einer generellen Pauschalprämie in der GKV (**Pauschalprämie-GKV 1**) Familien mit Kindern zusätzlich belastet und entsprechend kinderlose Haushalte um zum Teil mehr als 2 Prozentpunkte entlastet worden wären (Tabelle E9). Bei einem reduzierten Beitrag für Kinder und Jugendliche (**Pauschalprämie-GKV 2**) schmälert sich die Beitragsentlastung für kinderlose Haushalte, und auch die zusätzliche Beitragsbelastung bei Familien mit Kindern fällt etwas schwächer aus. Wird generell Beitragsfreiheit für Kinder und Jugendliche gewährt (**Pauschalprämie-GKV 3**) so findet im Durchschnitt praktisch

---

<sup>377</sup> Vgl. im folgenden für die Ergebnisse der Modelrechnungen zur Pauschalprämien allein in der GKV die Tabellen E7, E8, E9, E16 und E17.

<sup>378</sup> Das ausgewiesene Volumen des sozialen Ausgleichs bei der Rürup-Kommission beläuft sich auf 55,5 Mrd. DM im Jahre 2003 (28,4 Mrd. Euro, BMGS 2003c: 172) und fällt demnach erheblich höher aus. Diese Differenz erklärt sich nicht allein aus den genannten Argumenten in der vorangegangenen Fußnote 374, sondern ist auch methodisch durch die Wahl eines anderen Datensatzes (der Einkommens- und Verbrauchsstichprobe, EVS) bedingt.

<sup>379</sup> Es kann argumentiert werden, dass für eine Bedürftigkeitsprüfung das Gesamteinkommen eines Haushaltes heranzuziehen sei, und nicht allein das Einkommen einzelner Haushaltsmitglieder. Daher wird in

unabhängig vom Haushaltstyp vor sozialem Ausgleich keine Entlastung gegenüber dem Status Quo statt.

Die Betrachtung der durchschnittlichen Beitragsbelastung, gemessen am erweiterten Haushaltsmarkteinkommen, stellt aber nicht den Nettoeffekt dieser Reformvariante dar, da neben der Versteuerung des ausbezahlten Arbeitgeberbeitrags zusätzliche Steuererhöhungen zur Finanzierung des sozialen Ausgleichsbedarfs notwendig würden. Die tatsächliche Belastung der privaten Haushalte wird somit stärker sein, als hier ausgewiesen. Auf diesen Aspekt wird weiter unten noch eingegangen.

## 12.6 Modelle mit Pauschalprämien für die gesamte Wohnbevölkerung bei unverändertem Leistungsrecht (Modellvarianten Pauschalprämie 1 bis Pauschalprämie 4)

Das Schweizer Modell der Krankenversicherung mit einer allgemeinen Versicherungspflicht und einer Finanzierung über Pauschalprämien stellt eine Weiterentwicklung der oben beschriebenen Pauschalprämienmodelle für die GKV-Versicherten dar.<sup>380</sup> Aus sozialpolitischen Erwägungen könnten dabei Kinder und Jugendliche von Prämien vollständig befreit sein (**Pauschalprämie 3**). In zwei Varianten wurde eine generelle Pauschalprämie auch für Kinder und Jugendliche (**Pauschalprämie 1**) bzw. ein reduzierter Beitrag für diese (**Pauschalprämie 2**) simuliert.

Be- und Entlastungen fallen nach Versichertengruppen unterschiedlich aus, wobei pflichtversicherte und freiwillig versicherte Mitglieder der GKV und bisher privat Versicherte insgesamt deutlich entlastet werden, was sich auch in der durchschnittlichen Beitragsbelastung widerspiegelt. Eine zusätzliche Beitragsbelastung erfahren vorrangig Familienversicherte und Versicherte der KVdR. Im **Pauschalprämienmodell 3** hätte sich im Jahr 2001 deren zusätzliche Beitragslast auf mehr als 20 Mrd. DM belaufen.

Durch die Ausweitung des versicherungspflichtigen Personenkreises auf die Gesamtbevölkerung käme es neben Beitragsmehr- auch zu Leistungsmehrausgaben für eine erweiterte GKV. Da die neu integrierten Personengruppen eine relativ bessere Risikostruktur

---

der Analyse der Beitragsbelastung nur das erweiterte Haushalts-Markteinkommen als Bezugsgröße berücksichtigt

<sup>380</sup> Problematisch ist hier wiederum die eigentumsrechtlich geschützte Position der PKV-Versicherten, die eine Umsetzung dieser Reformvariante erheblich erschweren dürfte.

aufweisen als Versicherte der GKV, käme es im Saldo sogar zu Beitragsmehreinnahmen für eine erweiterte GKV, was sich in einer reduzierten Pauschalprämie – gegenüber einem Pauschalprämienmodell, das allein auf die bisherige GKV bezogen wäre – widerspiegelt.

Wie oben betont, wird bei allen Pauschalprämienmodellen ein sozialer Ausgleich notwendig sein, um eine finanzielle Überforderung mit Krankenversicherungsprämien zu vermeiden. Es sei daran erinnert, dass hier von der politischen Vorgabe ausgegangen wird, die Grenze einer sozialen Bedürftigkeit sei bei einer Beitragsbelastung von mehr als 15% des erweiterten Haushaltsmarkteinkommens erreicht.

Der Transferbedarf für den sozialen Ausgleich bei einem Pauschalprämienmodell für die Gesamtbevölkerung hätte sich unter diesen Bedingungen im Jahr 2001 auf rund 30 Mrd. DM belaufen. Wählt man als Bemessungsgrundlage zur Bestimmung des Bedarfs für den sozialen Ausgleich das Haushaltsbruttoeinkommen, so steigt dieser deutlich, auf 43,7 Mrd. DM an.<sup>381</sup>

Im **Pauschalprämienmodell 1** liegt der Bedarf für den sozialen Ausgleich bei rund 33 Mrd. DM (bzw. 49,4 Mrd. DM bei Berücksichtigung des Haushaltsbruttoeinkommens), bei einem reduzierten Kinderbeitrag (**Pauschalprämienmodell 2**) bei knapp 29 Mrd. DM (43,9 Mrd. DM). Anspruchsberechtigt wären im Basisjahr zwischen 32% und 40% der Privathaushalte gewesen, wobei deren durchschnittlicher monatlicher Unterstützungsbedarf zwischen 60 bis 102 DM je betroffener Haushalt gelegen hätte.

Einen sozialen Ausgleich würden voraussichtlich vor allem Versicherte in besonderen Sicherungsformen benötigen. Deren durchschnittliche Beitragsbelastung, gemessen am erweiterten Haushaltsmarkteinkommen, lag nach den Modellrechnungen zwischen 18% und 32% (je nach Berücksichtigung von Beiträgen für Kinder). Aber auch Versicherte der KVdR wären verstärkt anspruchsberechtigt (Tabelle E8).

---

<sup>381</sup> Ein vergleichbar hohes Transfervolumen berechnen Knappe und Arnold (2002), die je nach Modellvariante rund 39 bis 43 Mrd. DM errechnen. Als Bemessungsgrundlage unterstellten sie aber das äquivalenzgewichtete verfügbare Haushaltseinkommen. Zweifel und Breuer (2002) weisen sogar ein Transferbedarf in Höhe von 69,4 Mrd. DM (35,5 Mrd. Euro) aus, wobei diese eine maximale Beitragsbelastung in Höhe von 15% des Haushaltsbruttoeinkommens unterstellen. Eine Erklärung für diese vergleichsweise großen Unterschiede ergibt sich u.a. auch durch unterschiedlich hohe unterstellte Pauschalprämien.

Betrachtet man die Beitragsbelastung nach Einkommensquintilen, so ist eindeutig der Effekt der gewünschten Abschaffung der bisher in der GKV institutionalisierten Einkommensumverteilungsfunktion zu erkennen. Die obersten 20% der nach dem Einkommen gegliederten Haushalte würden gegenüber dem Status Quo um 2 bis 3 Prozentpunkte entlastet, wohingegen die ersten beiden Einkommensquintile um 2 bis 3 Prozentpunkte belastet würden (Tabelle E16).

Auch bei der Berücksichtigung der Haushaltsgröße ist eine starke Veränderung gegenüber dem Status Quo zu beobachten. Haushalte mit ein bis drei Personen werden im Durchschnitt entlastet (Tabelle E17), ab einer Haushaltsgröße von vier Personen werden sie zusätzlich belastet, wobei die Belastung mit der Haushaltsgröße weiter zunimmt. Haushalten mit sieben und mehr Personen würden im **Pauschalprämienmodell 3** mehr als fünf Prozentpunkte zusätzlich auferlegt.

Aber auch hier gilt, dass der tatsächliche Nettoeffekt erst nach einer Berücksichtigung einer zusätzlichen Steuer für die Finanzierung des sozialen Ausgleichs bestimmt werden kann, da hier vorläufig nur eine Bruttobetrachtung vorgenommen wird.<sup>382</sup>

Insgesamt kann aber festgestellt werden, dass zum Einen ein erheblicher sozialer Ausgleich notwendig ist, um eine finanzielle Überforderung der Versicherten mit Pauschalprämien zu vermeiden und zum Anderen rund ein Drittel aller Haushalte einen Anspruch auf einen sozialen Ausgleich hätten. Wird – wie hier unterstellt – nicht allein das Haushaltsbruttoeinkommen sondern das erweiterte Markteinkommen zur Bestimmung des Transferbedarfs herangezogen, hätte der Bedarf des sozialen Ausgleichs im Jahr 2001 auf rund 30 Mrd. DM begrenzt werden können.

## 12.7 Modell mit Pauschalprämien für die gesamte Wohnbevölkerung bei Leistungsauslagerungen (Modelvariante Pauschalprämie 4)

In einem alternativen Modell mit Pauschalprämien für die gesamte Wohnbevölkerung wird der Diskussion um eine Ausgliederung von Leistungen der GKV Rechnung getragen. Hier wurde eine Ausgliederung des Krankengeldes und der Leistungen für Zahner-

---

<sup>382</sup> Zu den Ergebnissen einer Nettobetrachtung siehe die Ausführungen weiter unten.

satz unterstellt, was 2001 rund 8,2% der Leistungsausgaben in der GKV entsprach.<sup>383</sup> Eine allgemeine Pauschalprämie für die gesamte Wohnbevölkerung hätte sich damit in der Modellrechnung auf monatlich rund 256 DM reduziert.

Der Vorteil dieser Variante eines Pauschalprämienmodells besteht in einer weiteren Beitragsentlastung der Mehrzahl der Mitglieder in der bestehenden GKV und vor allem in einer Reduktion des Bedarfs für den sozialen Ausgleich. Das potentielle Beitragsvolumen bei einer Versicherungspflicht der Wohnbevölkerung hätte sich aufgrund der Leistungsauslagerungen um knapp 45 Mrd. reduziert (Tabelle E7).<sup>384</sup>

Wiederum gilt, dass vorrangig Familienversicherte belastet werden, da keine beitragsfreie Familienversicherung gewährt wird. Das für den sozialen Ausgleich notwendige Volumen hätte mittels dieser Reformvariante auf knapp 20 Mrd. DM (bzw. 33,9 Mrd. DM bei Verwendung des Haushaltsbruttoeinkommens als Bemessungsgrundlage für den sozialen Ausgleich) begrenzt werden können.

Wie weiter unten gezeigt werden soll, erscheint es durchaus realistisch, diesen Transferbedarf – bei einer Auszahlung des bisherigen Arbeitgeberbeitrags an die Versicherten und Besteuerung dieses Einkommensbestandteils – aus dem resultierenden Steueraufkommen finanzieren zu können.

Der Anteil der ausgleichsbedürftigen Haushalte würde sich entsprechend auf nur noch 23% (28%) der Haushalte<sup>385</sup> reduzieren. Die zusätzliche Beitragsbelastung in unteren Einkommensgruppen würde geringer ausfallen als in den Pauschalprämienmodellen 1 bis 3, obere Einkommen werden weiter entlastet werden.

Diese insgesamt starke Beitragsentlastung für die Mehrheit der Versicherten gegenüber dem Status Quo dürfte damit auch positive Beschäftigungseffekte erwarten lassen, da die Grenzabgabenbelastung der höheren Einkommen deutlich sinken dürfte.

---

<sup>383</sup> Vgl. hierzu auch den Abschnitt: 10.9.3. Reduktion der Pauschalprämie durch Leistungsauslagerungen.

<sup>384</sup> Ausgehend von potentiellen Beitragsmehreinnahmen bei Versicherungspflicht für die gesamte Wohnbevölkerung.

<sup>385</sup> Als Haushalte werden hier alle Personen in Privathaushalten verstanden und Personen in Anstalten, die als eigenständige Haushalte gezählt werden.



## 12.8 Modelle der "Systemevolution" in der bestehenden GKV

Die beiden folgenden Modelle einer "Systemevolution" in der GKV können als vorläufige Schritte einer bevorstehenden grundsätzlichen Reform der GKV angesehen werden, die kurzfristig eine finanzielle Entlastung der GKV mit sich bringen und eine verstärkte Beteiligung der Versicherten an den tatsächlichen Gesundheitsausgaben bewirken würden.

### 12.8.1 Aufhebung der beitragsfreien Familienversicherung in der GKV

Die beitragsfreie Familienversicherung ist seit langem Thema einer Diskussion um mehr Beitragsgerechtigkeit in der GKV. Insbesondere nicht erwerbstätige Ehepartner, die keine Kleinkinder oder Pflegebedürftige betreuen, sollten danach einen eigenständigen Beitrag zur GKV entrichten.<sup>386</sup>

Eine Beitragsbemessung für diese Personengruppen kann dabei z.B. in Form eines Splittings des Bruttoeinkommens des Ehepartners oder durch Einführung eines Mindestbeitrags vorgenommen werden.

Diese beiden Varianten werden im Folgenden simuliert, wobei in jeweils drei Subtypen der Kreis der weiterhin beitragsfrei Mitversicherten anhand des Alters der betreuten Kinder im Haushalt festgelegt wurde. Das Alter des jüngsten zu betreuenden Kindes wurde dabei jeweils auf das vollendete 3., 6. oder 12. Lebensjahr festgelegt um alternative Betreuungsbedarfe zu simulieren. Des weiteren soll Beitragsfreiheit gelten, wenn eine zu pflegende Person im Haushalt lebt, um diese besondere gesellschaftliche Leistung anzuerkennen.<sup>387</sup>

#### 12.8.1.1 Splitting des Bruttoeinkommens des Ehepartners (Modellvarianten GKV-Familie 1 bis GKV-Familie 3)

Bei dem hier unterstellten Splittingmodell wird das hälftige Bruttoeinkommen des bisher versicherten Ehepartners als Bemessungsgrundlage für den bisher mitversicherten Ehepartner herangezogen und der volle ermäßigte Beitragssatz bis zur BBG darauf angewendet.

Von einer zusätzlichen Beitragspflicht wären 2001 – je nach dem wie eng der Kreis der weiterhin beitragsfrei Versicherten gezogen wird – zwischen rund 2,5 und 3,6 Mio.

---

<sup>386</sup> Modellrechnungen zu dieser Reformvariante lagen bisher nur von Pfaff et al. (1996) mit einer veralteten und repräsentativ eingeschränkten Datengrundlage vor.

<sup>387</sup> Eine Pflege Tätigkeit definiert sich hier dadurch, dass der Haushalt Leistungen der GPV erhält und eine hilfebedürftige Person im Haushalt betreut wird.

erwachsene Personen betroffen gewesen, die bisher vollständig beitragsfrei als Familienversicherte in der GKV geführt werden. Gegenüber dem Status Quo wären diese Personen damit um zwischen 10 und reichlich 15 Mrd. DM mit Beiträgen zusätzlich belastet worden (Tabelle E10).

Wird der Kreis der Beitragsfreiheit nur auf Mütter oder Väter mit mindestens einem Kind bis zum vollendeten 3. Lebensjahr oder einer zu pflegenden Person im selben Haushalt beschränkt (**GKV-Familie 1**), so wären die höchsten zusätzlichen Beitragseinnahmen – 2001 waren es reichlich 15 Mrd. DM – zu erwarten. Der Beitragssatzentlastungseffekt läge damit bei bis zu 0,8 Beitragssatzpunkten und würde damit im Vergleich zu einer Ausweitung der Bemessungsgrundlage relativ groß ausfallen. Dieser vergleichsweise hohe Beitragssatzeffekt im Splittingmodell erklärt sich aus der entsprechend hohen Einkommensposition von Ehepaarhaushalten mit nur einem bisher in der GLV versichertem Partner.

Nach den Modellrechnungen steigt aufgrund dieser Reformmaßnahme die durchschnittliche Beitragsbelastung – bezogen auf das individuelle Bruttoeinkommen inklusive Splittinganteil – bei den Familienversicherten deutlich von 2,3% auf über 10% an (Tabelle E11). Über die Gesamtbevölkerung hinweg ist die Veränderung der durchschnittlichen Beitragsbelastung (als Anteil am erweiterten Haushaltsmarkteinkommen) mit einem Zuwachs von 0,4 bis 0,7 Prozentpunkten dagegen vergleichsweise moderat (Tabelle E12).

#### 12.8.1.2 Einführung eines Mindestbeitrags (Modellvarianten GKV-Mindestbeitrag 1 bis GKV-Mindest-beitrag 3)

Als Alternative zu einem Splittingverfahren ist auch die Einführung eines Mindestbeitrags für Familienversicherte ohne Betreuungsaufgaben denkbar. Hier wurde ein monatlicher Mindestbeitrag von 202 (206) DM in West-(Ost)-deutschland unterstellt.<sup>388</sup> Es wurden wiederum drei Varianten dieses Modells simuliert, die nach dem Alter des jüngsten Kindes variieren. Weiterhin soll Beitragsfreiheit gelten, wenn im selben Haushalt eine Person gepflegt wird.

---

<sup>388</sup> Für freiwillige Mitglieder der GKV wird die Beitragsberechnung in der Satzung der jeweiligen Krankenkasse geregelt, wobei nach § 240 Abs. 4 SGB V die Erhebung eines Mindestbeitrages für Personen, die über kein oder nur ein geringes Einkommen verfügen, gesetzlich vorgeschrieben ist. Der Mindestbeitrag beträgt je nach dem Beitragssatz der Krankenkasse ca. 90,- bis 120,- € monatlich und liegt im Durchschnitt im Jahre 2001 bei 202 (206) DM in Westdeutschland (Ostdeutschland).

Die zusätzlichen Beitragseinnahmen für die GKV hätten sich 2001 auf 6 Mrd. DM belaufen wenn das Alter des zu betreuenden jüngsten Kindes auf das vollendete 12. Lebensjahr begrenzt wird (**GKV-Mindestbeitrag 3**, Tabelle E10), und wären auf bis zu 8,7 Mrd. DM angestiegen, wenn ein Betreuungsbedarf nur für Kinder bis zum vollendeten 3. Lebensjahr anerkannt wird (**GKV-Mindestbeitrag 1**). Der entsprechende Beitragssatzeffekt würde rund 0,3 bis knapp 0,5 Beitragssatzpunkte betragen und fiel damit geringer aus als beim Splittingmodell.

Die durchschnittliche individuelle Beitragsbelastung der Familienversicherten wäre mit 24% bis 34% aber erheblich höher ausgefallen, da hier nur das tatsächliche individuelle erweiterte Markteinkommen der Familienversicherten berücksichtigt wird, dieses aber aufgrund der Familienversicherung nur sehr gering ausfällt.

Die Veränderung der Beitragsregelungen für Familienversicherte wird vorrangig unter dem Aspekt der Beitragsgerechtigkeit betrachtet, doch erscheint eine individuelle Beitragsbelastung von bis zu 34% des erweiterten Markteinkommens der Familienversicherten als Folge dieses Reformvorschlages selbst neue relative Ungerechtigkeiten zu erzeugen.

Die Beitragsbelastung aller GKV-Versicherten (als Anteil am erweiterten Haushaltseinkommen) würde insgesamt aufgrund der relativ geringen Zahl der Betroffenen aber nur um rund 0,2 bis 0,4 Prozentpunkte ansteigen (Tabelle E12).

### **12.8.2 Differenzierte Beitragssätze: Erhöhter Beitragssatz für Versicherte der KVdR (Modellvariante GKV-Diff)**

In der KVdR ist der Saldo zwischen Beitragseinnahmen und Leistungsausgaben seit Jahren negativ. Aus dieser Tatsache leitet sich die Forderung ab, die derzeitige Rentnergeneration stärker an der Finanzierung der Gesundheitsausgaben zu beteiligen. In einem Minderheitenvotum der Rürup-Kommission fordert so z.B. Helmut Platzer, dass "... unabhängig von einer erst mittelfristig zu treffenden Entscheidung zugunsten einer Bürgerversicherung oder eines Gesundheitsprämienmodells – Maßnahmen zur leistungsgerechteren Verteilung der Beitragslast zur GKV zwischen Rentnern und aktiv Erwerbstätigen nicht nur möglich sind und geprüft werden sollten, sondern dass sie aufgrund des Handlungsbedarfs sofort ergriffen werden müssen" (BMGS 2003c: 182).

Zu den Möglichkeiten einer sofortigen Umsetzung gehört unter anderem die Einführung differenzierter Beitragssätze in der GKV. Um dem Defizit in der KVdR zu begegnen,

wäre daher ein erhöhter Beitragssatz für Versicherte der KVdR erwägenswert. Zu dieser Reformvariante liegen bisher keine anderweitigen Modellrechnungen vor.

Für die hier vorgestellte Simulation wird ein Zuschlag von 2 Prozentpunkten auf den jeweiligen Beitragssatz für Rentner und Pensionäre in der GKV unterstellt. Die Festlegung auf diesen Zuschlag ist rein normativ; er bietet damit aber einen Ausgleich zwischen einerseits einer individuellen Überforderung der Versicherten und andererseits notwendiger Beitragseinnahmen aufgrund des erheblichen Einnahmedefizits in der KVdR.<sup>389</sup>

Als Ergebnis hätten 2001 zusätzliche Beitragseinnahmen in Höhe von 7,4 Mrd. DM der GKV zur Verfügung gestanden (Tabelle E10). Da sich unter den freiwilligen Mitgliedern der GKV auch Rentner befinden, verteilen sich diese zusätzlichen Beitragseinnahmen zu rund 8% auf freiwillige Mitglieder der GKV und zu 92% auf Versicherte der KVdR. Neben den Mitgliedern der GKV sind auch die Träger der Rentenversicherung über den Beitragszuschuss zur Krankenversicherung der Rentner an den Beitragsmehr-einnahmen annähernd zur Hälfte beteiligt. Der Beitragsentlastungseffekt beläuft sich auf knapp 0,4 Prozentpunkten und fällt damit vergleichsweise gering aus.

Die durchschnittliche Beitragsbelastung der Versicherten in der KVdR, gemessen am individuellen erweiterten Markteinkommen, würde um etwa 1,5 Prozentpunkte gegenüber dem Status Quo ansteigen (Tabelle E11). Aufgrund des Alters der Versicherten in der KVdR sind vorrangig Ein- oder Zweipersonenhaushalte mit einer zusätzlichen Belastung in Höhe von 0,4 Prozentpunkten des erweiterten Haushaltsmarkteinkommens betroffen (Tabelle E12).

Betrachtet man die Beitragsbelastung nach der Einkommenshöhe, so nimmt diese in den unteren Einkommensgruppen verstärkt zu. Die ersten beiden Einkommensquintile werden mit 0,6 Prozentpunkten belastet, was sich aus der unterdurchschnittlichen Einkommensposition der Rentner erklärt (Tabelle E16).

Differenzierte Beitragssätze sind ein effektives und sofort umsetzbares Mittel, um die bisherige Rentnergeneration an der Finanzierung von Gesundheitsleistungen in der GKV stärker zu beteiligen und so das Defizit in der KVdR zu mildern. Mit dieser

evolutionischen Reformmaßnahme würde die Äquivalenz zwischen geleistetem Beitrag und empfangener Leistung bei Versicherten der KVdR deutlich steigen. Eine stärkere Beteiligung dieser Versichertengruppe ist auch soweit gerechtfertigt, als mit zunehmendem Alter solche Einkunftsarten an Bedeutung gewinnen, die bisher einer Beitragspflicht nicht unterliegen. Diese Reformalternative leistet damit auch einen Beitrag für mehr Beitragsgerechtigkeit, da die tatsächliche finanzielle Leistungsfähigkeit der Versicherten stärker Berücksichtigung findet. Allerdings dürfte nicht auszuschließen sein, dass eine zusätzliche Beitragsbelastung für Rentner im unteren Einkommensbereich durchaus Härten mit sich bringen kann.

## 12.9 Privatwirtschaftliche Modelle mit risikoäquivalenten Beiträgen (Modellvarianten GKV-Risikoäquivalent und Risikoäquivalent)

Neben den beiden von der Rürup-Kommission vorgeschlagenen Reformalternativen einer Bürgerversicherung und eines Pauschalprämienmodells, sollte auch eine rein privatwirtschaftliche Lösung für die allgemeine Krankenversicherung in Form risikoäquivalenter Versicherungsprämien untersucht werden, wie sie von verschiedenen Ökonomen vorgeschlagen wird.<sup>390</sup>

Vollständig individuelle risikoäquivalente Krankenversicherungsprämien können hier nicht simuliert werden, da entsprechende Morbiditätsindikatoren nicht vorliegen. Jedoch lässt sich anhand der Ausgabenprofile aus dem Risikostrukturausgleich für jeden Altersjahrgang eine Gruppenäquivalenz für die Prämiengestaltung darstellen.<sup>391</sup>

Die Ausgabenprofile aus dem RSA geben die durchschnittlich zu erwartenden Krankheitskosten jedes Altersjahrgangs wieder und stellen so eine Grundlage zur Bestimmung von kurzperiodigen oder "springenden" Prämien dar.<sup>392</sup> Die Prämien werden demnach so berechnet, dass die Versicherten in jedem Jahr in die jeweils nächste Altersstufe mit jeweils geänderten durchschnittlichen Ausgabenprofilen wechseln. Das hat zur Folge,

---

<sup>389</sup> Das Defizit in der KVdR lag in 2000 allein in Westdeutschland bei rund 51,8 Mrd. DM (BMG 2001c: 382 und 390).

<sup>390</sup> Vgl. SVR (1992: Ziffer 388 und 1996: Ziffer 440), SVRKAiG (1994: Ziffer 503), Berthold (2001: 10), oder Zweifel und Breuer (2002: 33) mit dem sogenannten "Züricher Modell".

<sup>391</sup> Die Ausgabenprofile des RSA sind zudem nach dem Geschlecht, der Region (Ost- und Westdeutschland) und der Behinderung (EU- oder BU-Rentner) untergliedert.

<sup>392</sup> Da die Ausgabenprofile des RSA nicht alle Leistungsausgaben umfassen, wird nach Absprache mit dem BVA pauschal eine Erhöhung um 7,2% unterstellt.

dass mit steigendem Lebensalter die Krankenversicherungsprämien deutlich zunehmen, da auch die Ausgabenprofile mit dem Lebensalter ansteigen.

Da diese Reformalternative die Risikoäquivalenz in den Mittelpunkt der Beitragskalkulation stellt, kann es zu erheblichen Beitragsbelastungen insbesondere im höheren Lebensalter kommen. Um eine finanzielle Überforderung der Versicherten zu vermeiden, wird wiederum die politische Vorgabe unterstellt, dass eine Beitragsbelastung von 15% des erweiterten Haushaltsmarkteinkommen nicht überschritten werden soll.

Ein Anwartschaftsdeckungsverfahren wird in dieser Variante nicht vorgenommen, es handelt sich demnach um ein Modell mit Umlageverfahren. Im Folgenden werden zwei Varianten dieses Modells simuliert, wobei zum Einen das privatwirtschaftliche Modell mit risikoäquivalenten Beiträgen nur auf die bestehende GKV-Bevölkerung bezogen wird und zum Anderen eine Versicherungspflicht für die gesamte Wohnbevölkerung unterstellt wird.

#### **12.9.1 Risikoäquivalente Beiträge in der GKV (Modellvariante GKV-Risikoäquivalent)**

In einem Modell mit risikoäquivalenten Beiträgen in der GKV sind keine zusätzlichen Beitragseinnahmen zu erwarten.<sup>393</sup> Eine der wichtigsten Konsequenzen dieses Konzept besteht darin, dass die Beitragsbemessung von der bisherigen Bemessungsgrundlage gelöst würde und die individuelle finanzielle Leistungsfähigkeit zum Tragen käme.

Innerhalb der Versichertengruppen würden sich dabei deutliche Belastungsverschiebungen ergeben. Pflichtversicherte und freiwillige Mitglieder der GKV, die in der Mehrheit zu den Nettozahlern im Status Quo gehören, würden – wie im Pauschalprämienmodell – erheblich entlastet. Diese Entlastung beträgt z.B. nach den Simulationsrechnungen für 2001 bei Pflichtversicherten insgesamt knapp 64 Mrd. DM (Tabelle E13).

Im Gegenzug würden vor allem Versicherte der KVdR erheblich (im Jahre 2001: 69 Mrd. DM) zusätzlich belastet. Hierin spiegelt sich die direkte Risikoäquivalenz, da mit höherem Lebensalter die Leistungsausgaben im Durchschnitt drastisch ansteigen. Aber auch bisher beitragsfrei Familienversicherte hätten Beiträge in Höhe von rund 40 Mrd. DM entrichten müssen.

---

<sup>393</sup> Strenggenommen ist der Verweis auf die GKV an dieser Stelle irreführend, da bestehende Strukturprinzipien (z.B. beitragsfreie Familienversicherung) mit diesem Modell aufgehoben würden. Aus analytischen Gründen ist es aber aufschlussreich, eine Anwendung dieses Finanzierungsverfahrens und seiner fiskalischen Konsequenzen auf die bestehende GKV-Population zu verdeutlichen.

Ein Bedarf für den sozialen Ausgleich lässt sich – je nachdem ob nur das erweiterte Haushaltsmarkteinkommen der GKV-Versicherten in einem Haushalt oder das Einkommen aller Haushaltsmitglieder herangezogen werden soll – auf 69 bzw. knapp 73 Mrd. DM in 2001 beziffern.<sup>394</sup>

Dass der Bedarf für den sozialen Ausgleich im Vergleich zu den oben aufgeführten Pauschalprämienmodellen deutlich höher wäre, erklärt sich dadurch, dass vor allem Rentner eine unterdurchschnittliche Einkommensposition aufweisen und gleichzeitig die durchschnittlichen Gesundheitsausgaben respektive deren risikoäquivalente Prämien dieser Altersgruppen am höchsten sind. Die Mehrzahl der Rentner wäre in dieser Reformvariante ausgleichsbedürftig.

Die durchschnittliche Beitragsbelastung der Versicherten der KVdR würde daher vor einem sozialem Ausgleich bei mehr als 29% des erweiterten Haushaltsmarkteinkommens liegen (Tabelle E14). Insgesamt wären 2001 zwischen 35% und 40% der Haushalte ausgleichsbedürftig gewesen, wobei deren durchschnittlicher Ausgleichsbedarf zwischen 143 DM und 161 DM monatlich gelegen hätte.

### **12.9.2 Risikoäquivalente Beiträge für die gesamte Wohnbevölkerung (Modellvariante Risikoäquivalent)**

In einer alternativen Modellrechnung wird eine allgemeine Versicherungspflicht für die gesamte Wohnbevölkerung mit einer Finanzierung durch risikoäquivalente Beiträge unterstellt.

Da die Versicherten der PKV vergleichsweise gute Risiken darstellen, wäre es 2001 bei dieser Gruppe gegenüber dem Status Quo zu Beitrags- bzw. Prämienmindereinnahmen in Höhe von 13,6 Mrd. DM gekommen (Tabelle E13).<sup>395</sup> Bei den Versichertengruppen der GKV hätte sich gegenüber dem vorangegangenen Modell keine Veränderungen ergeben. Sonstige Sicherungsformen würden nur leicht zusätzlich belastet.

Der Bedarf für den sozialen Ausgleich steigt aber in diesem Modell weiter an, da neben den bisher anspruchsberechtigten GKV-Versicherten, nun auch im erweiterten Versichertenkreis ein sozialer Ausgleich notwendig wird. Das Volumen des sozialen Aus-

---

<sup>394</sup> Wird als Bemessungsgrundlage das Haushaltsbruttoeinkommen verwendet, so steigt dieser Bedarf weiter auf 78 Mrd. DM an.

<sup>395</sup> Dies erklärt sich außer der oben genannten positiven Risikoselektion der PKV-Versicherten gegenüber Versicherten der GKV auch durch die fehlende Kapitaldeckung im unterstellten Modell. Bei diesem Vergleich ist aber auch zu bedenken, dass das Leistungsniveau in der PKV höher liegt als in der GKV. Dies ist insbesondere dann der Fall, wenn PKV-Versicherte zusätzlich zu ihrer Krankheitsvollversiche-

gleichs wäre auf 75,3 Mrd. DM angestiegen, wobei davon rund 39% der Haushalte betroffen gewesen wären. Die Gruppe der Versicherten in besonderen Sicherungsformen trägt zu diesem Zuwachs maßgeblich bei, da deren durchschnittliche Beitragsbelastung vor sozialem Ausgleich bei rund 29% des erweiterten Haushaltsmarkteinkommens liegt (Tabelle E14).

Wird alternativ das Haushaltsbruttoeinkommen als Bemessungsgrundlage zur Bestimmung des sozialen Ausgleichs berücksichtigt, so ist ein weiterer Zuwachs des Ausgleichsvolumens auf 87 Mrd. DM (mit rund 45% betroffenen Privathaushalten) zu beobachten.

Betrachtet man die Beitragsbelastung nach Einkommensquintilen in beiden Modellen, so ist erkennbar, dass diese nach einem sozialem Ausgleich im ersten Einkommensquintil gegenüber dem Status Quo um mehr als 2,9 Prozentpunkte angestiegen wäre (Tabelle E16). Mit steigendem Einkommen dagegen werden die Haushalte zum Teil deutlich (knapp 4%) entlastet.

In beiden Modellen würden Familien mit Kindern tendenziell entlastet, nur sehr große Haushalte mit mehr als sieben Haushaltsmitgliedern würden zusätzlich belastet (Tabelle E17).

Der Nettoeffekt dieser beiden Reformvarianten ist an diesem Ergebnis aber wiederum nicht vollständig abzulesen, da deutliche Steuererhöhungen zur Finanzierung des vergleichsweise großen Bedarfs an öffentlichen Mitteln für den sozialen Ausgleich notwendig sind.<sup>396</sup>

## 12.10 Finanzierung des sozialen Ausgleichs durch Auszahlung und Versteuerung des Arbeitgeberbeitrags und des Beitragszuschusses zur Krankenversicherung

Wie oben betont, erfordern die hier dargestellten Pauschalprämienmodelle und Modelle einer privatwirtschaftlichen Absicherung einen sozialen Ausgleich, um eine finanzielle

---

rung weitere selbständige Teilversicherungen (Chefarztbehandlung, Einzelbettzimmer, etc.) abgeschlossen haben, die zu höheren Beiträgen in der PKV führen.

<sup>396</sup> Eine Reduktion des Bedarfs für den sozialen Ausgleich könnte in einem kontinuierlichen Übergang der Versicherten in ein solches Modell mit risikoäquivalenten Beiträgen gesehen werden, welches durch ein Anwartschaftsdeckungsverfahren ergänzt werden müsste. Insbesondere dem Prämienanstieg im höheren Lebensalter könnte damit nachhaltig begegnet werden. Diese Variante würde aber einerseits neue Finanzierungsschwierigkeiten für die in der GKV verbliebene Bevölkerung mit einer abnehmenden Zahl von Nettozahlern bedeuten und andererseits sich dem Modell der Einführung von Pauschalprämien annähern,



Überforderung durch Krankenversicherungsprämien zu vermeiden. Eine von Knappe und Arnold (2002) angeregte Möglichkeit der Finanzierung des sozialen Ausgleichs besteht darin, dass der Arbeitgeberbeitrag zur Krankenversicherung an die Arbeitnehmer als zusätzliches Einkommen ausgezahlt wird, was das Steueraufkommen erhöhen würde.<sup>397</sup> Dabei bezieht sich die Auszahlung und Versteuerung nicht allein auf den faktischen Arbeitgeberanteil, sondern auch auf Beitragszuschüssen von Arbeitgebern an freiwillig Versicherte der GKV und Versicherten der PKV oder auf Beitragszuschüsse der Sozialversicherungen und Sozialleistungsträger. Steuerlich relevant dürften dabei im wesentlichen nur der eigentliche Arbeitgeberanteil und die Beitragszuschüsse der Rentenversicherungsträger sein.

Vor diesem Hintergrund wurde in der Modellrechnung auch simuliert, dass Arbeitgeberanteile bzw. Beitragszuschüsse zur Krankenversicherung ausbezahlt<sup>398</sup> und dem zu versteuernden Einkommen hinzugefügt werden. Alle Parameter zur Schätzung des zusätzlichen Steueraufkommens wurden konstant gehalten, das heißt, eine Anpassung von Vorsorgepauschalen oder von Werbungskosten wurde hier nicht vorgenommen.<sup>399</sup> Zusätzlich wurde eine Trennung zwischen steuerpflichtigem und sozialversicherungspflichtigem Einkommen vorgenommen, da der ausbezahlte Arbeitgeberbeitrag nur dem steuerpflichtigen Einkommen zugewiesen wird. Das heißt aber auch, dass die anderen Sozialversicherungszweige von dieser Maßnahme nicht berührt werden, sondern die paritätische Finanzierung z.B. in der GRV aufrechterhalten bleibt.

Eine Auszahlung und Versteuerung des Arbeitgeberbeitrags oder Beitragszuschusses ist zunächst nur für die bisher in der GKV-Versicherten vorstellbar. Das zusätzliche Steuervolumen – zusammengesetzt aus der Lohn- und Einkommensteuer und dem Solidaritätszuschlag – hätte sich bei der Umsetzung eines solchen Konzepts im Jahre 2000 auf 31 Mrd. DM belaufen (Tabelle 31). Bezieht man neben der GKV-Population auch die

---

da mittels des Anwartschaftsdeckungsverfahrens im Prinzip alterskonstante Beiträge gewährleistet werden sollen. Eine separate Modellrechnung dieser Variante wird somit hier nicht vorgenommen.

<sup>397</sup> Ein Vorschlag von Breyer (2003b: 2) zielt auf eine alternative Art der Finanzierung des Transferbedarfs ab. Er schlägt eine Anhebung des steuerfreien Grundfreibetrags für Familien mit Kindern vor. Dies wäre eine Art von Steuergutschrift und stellt eine Alternative zu einer direkten Subventionierung des Krankenversicherungsbeitrags von Kindern dar. Das steuerfreie Existenzminimum lag im Jahre 2000 bei 13.499 DM.

<sup>398</sup> Siehe zum methodischen Vorgehen der Simulation des Arbeitgeberanteils Abschnitt 11.6.

<sup>399</sup> Aufgrund der unterschiedlichen steuerlichen Abschreibungsmöglichkeiten bei verschiedenen Gruppen von Steuerpflichtigen ist aber eine Veränderung des Steuerrechts zu erwägen. So können Selbstständige die Anschaffung eines Dienstfahrzeugs als Betriebsausgaben steuerlich absetzen, wohingegen abhängig Beschäftigte dagegen Fahrtkosten "nur" über die Kilometerpauschale geltend machen können.

PKV-Versicherten (ohne Beamte) in eine solche Reform ein, so wären weitere Steuereinnahmen in Höhe von 2,2 Mrd. DM im Jahr 2001 zu erwarten gewesen.<sup>400</sup>

**Tabelle 31: Zusätzliches Steueraufkommen durch Versteuerung des ausbezahlten Arbeitgeberanteils und von Beitragszuschüssen zur Krankenversicherung in 2000**

Steuerart	nur GKV-Population	Bevölkerung <i>ohne</i> Beamte	Gesamtbevölke- rung
Angaben in Mrd. DM			
Lohn- und Einkommensteuer	29,4	31,5	33,4
Solidaritätszuschlag	1,6	1,7	1,8
Insgesamt	31,0	33,2	35,2
<i>Nachrichtlich:</i> Bedarf für sozialen Ausgleich bei einer Pauschalprämie ... <sup>1</sup>			
für die Gesamtbevölkerung	29,3 (42,0)	– <sup>2</sup>	33,3 (49,4)
mit reduziertem Kinderbeitrag	27,2 (38,9)	– <sup>2</sup>	29,1 (43,9)
mit Beitragsfreiheit für Kinder	30,3 (40,8)	– <sup>2</sup>	30,4 (43,7)
mit Leistungsauslagerungen	– <sup>2</sup>	– <sup>2</sup>	20,4 (33,9)

Quelle: SOEP Daten des Jahres 2001, eigene Berechnungen.

<sup>1</sup>: Einkommensbasis: das erweiterte Haushaltsmarkteinkommen. Der Wert in den Klammern gibt den Bedarf an sozialem Ausgleich auf Basis des Haushaltsbruttoeinkommens einschließlich der Arbeitgeberbeiträge bzw. der Beitragszuschüsse aller Haushaltsmitglieder an.

<sup>2</sup>: Für diese Modellvariante wurde der soziale Ausgleich nicht ermittelt.

In einer dritten Modellvariante wird zusätzlich eine Auszahlung der Beihilfe an Beamte und eines impliziten Beitragszuschusses für Personen mit Anspruch auf freie Heilfürsorge – als impliziter Arbeitgeberanteil zur Krankenversicherung – angenommen. Als Ergebnis der Besteuerung dieser Einkommensbestandteile wäre ein zusätzliches Steueraufkommen in Höhe von insgesamt 35,2 Mrd. DM erzielt worden.<sup>401</sup>

Die in Tabelle 31 zusammen gefassten Ergebnisse zeigen: Bei Verwendung des erweiterten Haushaltsmarkteinkommens als Bemessungsgrundlage zur Bestimmung des sozialen Ausgleichs wäre das hierfür erforderliche Volumen an öffentlichen Mitteln durch eine Versteuerung des ausgezahlten Arbeitgeberbeitrags oder Beitragszuschusses voll finanzierbar.

In einem Pauschalprämienmodell mit reduziertem Beitrag für Kinder und Jugendliche hätte sich im Jahr 2001 im Saldo ein Überschuss in Höhe von 6,1 Mrd. DM ergeben.

<sup>400</sup> Knappe und Arnold (2002: 31) errechnen ein vergleichbar hohes zusätzliches Steueraufkommen in Höhe von 17,1 Mrd. € (oder 33,44 Mrd. DM) für das Jahr 1998.

<sup>401</sup> Ein vergleichbar hohes zusätzliches Steueraufkommen in Höhe von 18,6 Mrd. Euro (36,38 Mrd. DM) wird auch von der Rürup-Kommission für das Jahr 2003 errechnet (BMGS 2003c: 172).

Würde dagegen das Haushaltsbruttoeinkommen als Bemessungsgrundlage zur Bestimmung des sozialen Ausgleichs herangezogen, so ergäbe sich beim gleichen Modell ein negativer Saldo in Höhe von 8,7 Mrd. DM.

Eine Variante zur Reduzierung des Bedarfs für den sozialen Ausgleich wäre in Form einer Auslagerung von bestehenden Leistungen aus der GKV (hier exemplarisch am Beispiel des Krankengeldes und des Zahnersatzes) denkbar, um so eine zusätzliche Belastung des Staatshaushalts zu vermeiden. Je nach Bemessungsgrundlage hätte sich ein Überschuss in Höhe von 14,8 Mrd. DM bzw. 1,3 Mrd. DM (bei Verwendung des Haushaltsbruttoeinkommen als Bemessungsgrundlage) für den Staatshaushalt ergeben.

Diese Ergebnisse der Simulation zeigen, dass es möglich erscheint, einen wesentlichen Hinderungsgrund für die Einführung eines Pauschalprämienmodells aus dem Wege zu räumen, indem die Frage beantwortet wird, auf welche Weise der hohe Bedarf an öffentlichen Mitteln für den sozialen Ausgleich aufzubringen ist. Da der soziale Ausgleich – je nach Variante – durch eine Versteuerung der zuvor als Einkommen ausgezahlten Arbeitgeberbeiträge oder Beitragszuschüsse teilweise oder sogar vollständig gegenfinanziert werden könnte, ist es denkbar, dieses Konzept auf sozial verträgliche Weise in die Praxis umzusetzen.

## 12.11 Die Ergebnisse der Reformen in der Nettobetrachtung

Die folgenden Ausführungen sollen die Veränderung des verfügbaren Einkommens der Wohnbevölkerung in Deutschland nach einer Reform der Finanzierungsgrundlagen des Krankenversicherungsschutzes verdeutlichen.

Zu diesem Zweck wird unterstellt, dass der Haushalt der Krankenversicherung nach Umsetzung jedes Reformmodells stets ausgeglichen sein soll und der Beitragssatz entsprechend variiert wird. D.h. reformbedingte potentielle Beitragsmehreinnahmen werden auf die Versicherten in Form abgesenkter Beitragssätze umgelegt.

Bei der Betrachtung von Modellen, die ein System eines sozialen Ausgleichs enthalten, das durch Anhebung des Solidaritätszuschlags finanziert wird, wird das Nettoeinkommen nach Finanzierung des sozialen Ausgleichs<sup>402</sup> als Indikator für die Reformauswirkungen herangezogen.<sup>403</sup>

Bei Einführung von Pauschalprämienmodellen müsste der Solidaritätszuschlag um 1,4 bis 3,6 Prozentpunkte angehoben werden (vgl. Tabelle E18).<sup>404</sup> Bei Einführung risiko-äquivalenter Krankenversicherungsprämien steigt der Ausgleichsbedarf weiter an. Als Konsequenz würde hier der Solidaritätszuschlag auf 16% bzw. 18,2% angehoben.

Für diese Nettobetrachtung soll nicht mehr auf jedes Teilmodell eingegangen werden, sondern es werden exemplarisch fünf Varianten einer reformierten Absicherung gegen finanzielle Risiken im Krankheitsfalle für die Gesamtbevölkerung dargestellt.<sup>405</sup> Die Ergebnisse resultieren wieder auf einer Ex-Post Analyse für das Jahr 2001, wobei unterstellt ist, dass bereits ein Zustand erreicht ist, der sich in der Realität erst am Ende eines langfristigen Entwicklungspfads einstellt. Dies sind das Modell einer Bürgerversicherung (Reformvariante „Bürgerversicherung 4“), das Pauschalprämienmodell mit Bei-

---

<sup>402</sup> Das Volumen des sozialen Ausgleichs wird hier auf Grundlage der Haushaltsbruttoeinkommens berechnet, da diese Einkommensdefinition der finanziellen Leistungsfähigkeit eines Haushalts am ehesten entspricht.

<sup>403</sup> Alternativ könnten auch indirekte Steuern angehoben werden. Dies kann aber mit den Daten des SOEP nicht simuliert werden. Daher wird hier die stark vereinfachende Annahme getroffen, den Solidaritätszuschlag zur Finanzierung des sozialen Ausgleichs anzuheben.

<sup>404</sup> Eine Ausnahme stellt das Pauschalprämienmodell mit Leistungsauslagerungen dar, bei dem der Solidaritätszuschlag unverändert bleibt, da die Auszahlung und Versteuerung der Arbeitgeberanteile bereits zur Finanzierung des Bedarfs für den sozialen Ausgleich ausreicht.

<sup>405</sup> Modelle mit Versicherungspflicht für die Wohnbevölkerung und einheitlicher Finanzierungsgrundlage haben den Vorteil, dass Ausweichstrategien – z.B. durch einen Wechsel in die PKV – minimiert werden können.

tragsfreiheit für Kinder und Jugendliche (Reformvariante „Pauschalprämie 3“), ein Pauschalprämienmodell mit reduziertem Leistungskatalog (Reformvariante „Pauschalprämie 4“), die privatwirtschaftliche Absicherung mit risikoäquivalenten Beiträgen (Reformvariante „Risikoäquivalent“) und eine rein steuerfinanzierte Gesundheitsversorgung (Reformvariante „Steuer“).

In Tabelle E19 ist die Veränderung des verfügbaren Haushaltsnettoeinkommens gegenüber dem Status Quo zunächst aber für alle hier untersuchten verschiedenen Reformmodelle nach Einkommensquintilen erkennbar.

Über die Gesamtbevölkerung hinweg kommt es im Modell der Bürgerversicherung nur zu einer minimalen Entlastung von 49 DM im Jahr je Haushalt (positive Werte in der Tabelle E19 geben eine Entlastung und negative eine zusätzliche Belastung an).<sup>406</sup> Vorrangig das oberste Einkommensdezil wäre mit knapp 1250 im Jahr je Haushalt zusätzlich belastet worden. Dies liegt im Wesentlichen an der Anhebung der BBG und der Ausweitung der Bemessungsgrundlage. Im Gegenzug würde der Rest der Bevölkerung insgesamt leicht entlastet, wenn der durchschnittliche Beitragssatz dem Grundsatz der Aufkommensneutralität gemäß gesenkt würde. Betrachtet man die effektive Veränderung des verfügbaren Einkommens, so zeigt sich dass nur fünf Prozent der Bevölkerung eine Veränderung von mehr als 4 Prozent ihres verfügbaren Einkommens erfahren würden (Tabelle E24).

Die Veränderungen fallen aber nach Haushaltstypen unterschiedlich stark aus. Tabelle E22 zeigt dies exemplarisch am Beispiel von Alleinlebenden und Familienhaushalten mit zwei Erwachsenen und zwei Kindern im Alter bis zu 16 Jahren. Gutverdienende Alleinlebende würden deutlich stärker zur Finanzierung der Krankenversicherung herangezogen. Sie wären 2001 im Durchschnitt mit mehr als 2500 DM im Jahr je Haushalt zusätzlich belastet worden. Die Entlastungen von einkommensschwachen Alleinlebenden sind mit rund 200 bis 300 DM im Jahr je Haushalt vergleichsweise gering. Bei den Familienhaushalten wären im wesentlichen nur die Bezieher höchster Einkommen mit

---

<sup>406</sup> Vom Grundsatz würde man für die Bevölkerung insgesamt ein ausgeglichenes Ergebnis erwarten, d.h. weder zusätzliche Be- noch Entlastungen. Aufgrund der Geltendmachung erhöhter Vorsorgebeträge kommt es aber in der Summe zu einer leichten steuerlichen Entlastung. Es sei an dieser Stelle angemerkt, dass die paritätische Finanzierung der Krankenversicherung in einer Bürgerversicherung weiterhin Bestand hätte und demnach im Modell keine Auszahlung des Arbeitgeberanteils angenommen wurde.

mehr als 1600 DM im Jahr je Haushalt zusätzlich belastet worden. Die Veränderungen der verbleibenden Einkommensgruppen dieses Haushaltstyps sind wiederum eher vergleichsweise gering.

Da keine zusätzliche Steuerfinanzierung bei einer Bürgerversicherung notwendig ist, verändert sich die durchschnittliche Steuerquote über die Einkommensverteilung hinweg nur marginal (Tabelle E20).<sup>407</sup> Die durchschnittliche Belastungsquote durch Krankenversicherungsbeiträge sinkt im Vergleich zum Status Quo, da die Mehrheit der GKV-Versicherten durch abgesenkte Beitragssätze profitieren würde (Tabelle E21).

Bei einem Pauschalprämienmodell mit Beitragsfreiheit für Kinder und Jugendliche (Pauschalprämie 3) wäre es über die Gesamtbevölkerung hinweg wiederum nur zu einer leichten Entlastung gekommen (124 DM im Jahr je Haushalt Tabelle E19).<sup>408</sup> Eine eindeutige Abhängigkeit der Be- oder Entlastungen vom Einkommen ist nicht zu erkennen. Haushalte im 2., 3., 6. und 7. Dezil hätten eine leichte zusätzliche Belastung zwischen 160 und 480 DM im Jahr je Haushalt erfahren. Ebenso Haushalte mit 4 und mehr Personen (Tabelle E23). Diese annähernd wellenförmige Entwicklung kann unter anderem durch die Wirkungsweise des sozialen Ausgleichmechanismus erklärt werden, da sich aufgrund der Beitragsbelastungsobergrenze der soziale Ausgleich je nach Haushaltsgröße und Zahl der anspruchsberechtigten Personen in einer unterschiedlichen Be- bzw. Entlastung des verfügbaren Haushaltseinkommens auswirkt.

Haushalte im oberen Einkommensbereich wären etwas stärker entlastet worden (600 bis 740 DM im Jahr je Haushalt). Die Auswirkungen auf Alleinlebende und Familien fallen unterschiedlich aus (Tabelle E22). Während bei Alleinlebenden im 2. und 3. Einkommensdezil mit etwas mehr als 300 DM im Jahr je Haushalt zusätzlich belastet würden (im ersten Dezil kommt es nicht zu Mehrbelastungen, da hier der soziale Ausgleich begrenzend wirkt)<sup>409</sup>, würden alleinlebende mittlere Einkommensbezieher deutlich, um bis zu 1700 DM im Jahr je Haushalt entlastet.

---

<sup>407</sup> Veränderungen ergeben sich durch die Geltendmachung höherer Sozialversicherungsbeiträge bei den Vorsorgeaufwendungen.

<sup>408</sup> Das insgesamt etwas höhere verfügbare Einkommen erklärt sich u.a. auch dadurch, dass die PKV-Versicherten im Vergleich zum Status Quo geringere Prämien entrichten müssen, da zum Beispiel auch das Leistungsniveau in der GKV geringer ausfällt als in der PKV.

<sup>409</sup> Ein weiteres Argument ist, dass der soziale Ausgleich auf Grundlage des Haushaltsbruttoeinkommens berechnet wird. Falls Haushalte aber vorwiegend Unterhaltsleistungen des Arbeitsamtes erhalten, fällt die

Die ehemaligen Nettozahler in der GKV können von einem Pauschalprämienmodell profitieren. Obere Einkommensbezieher profitieren in abgeschwächter Form, da sich bei ihnen aufgrund der Steuerprogression die Versteuerung des ausbezahlten Arbeitgeberbeitrags und der erhöhte Solidaritätszuschlag verstärkt auswirkt.

Das Bild fällt bei Familien etwas anders aus. Bei den mittleren Einkommensgruppen hätte sich das verfügbare Einkommen um bis zu knapp 1000 DM im Jahr je Haushalt verringert. Dies kann mit dem Wegfall der bisherigen beitragsfreien Familienversicherung erklärt werden, der sich aufgrund der überdurchschnittlichen Häufigkeit von bisher mitversicherten Familienangehörigen bei diesen Einkommensgruppen besonders bemerkbar macht. Im Gegenzug wären sowohl einkommensschwache als auch einkommensstarke Familienhaushalte im Durchschnitt mit 400 DM im Jahr je Haushalt entlastet worden. Die Ursache für die Entlastung der einkommensschwachen Haushalte liegt wiederum in der Wirkung des sozialen Ausgleichs.

Da der soziale Ausgleich im Modell durch eine Versteuerung des zuvor ausgezahlten Arbeitgeberbeitrags und einer Anhebung des Solidaritätszuschlags finanziert wird, kommt es insgesamt zu einem leichten Anstieg der durchschnittlichen Steuerbelastung um 1,4 Prozentpunkte (Tabelle E20). Je höher das Einkommen der Haushalte, desto größer wäre aufgrund der Progression die zusätzlich zu entrichtende Steuer. So macht diese im 2. Einkommensdezil gegenüber dem Status Quo nur 0,3 Prozentpunkte, im 9. Einkommensdezil aber 1,8 Prozentpunkte aus.

Die Beitragsbelastung durch Pauschalprämien nimmt im Vergleich zum Status Quo dagegen mit zunehmenden Einkommen ab (Tabelle E21). Bei den unteren Einkommensgruppen kann die Beitragsbelastung durch den sozialen Ausgleich begrenzt werden und fällt tendenziell geringer als im Status Quo aus.

Der Umfang des sozialen Ausgleichs, der bei einem Pauschalprämienmodell erforderlich wäre gilt als wesentlicher Hinderungsgrund für dessen Umsetzbarkeit. In einem alternativen Pauschalprämienmodell (Pauschalprämie 4) wurde daher eine Leistungslagerung angenommen, um so die durchschnittliche Pauschalprämie und mit ihr den Bedarf für den sozialen Ausgleich zu reduzieren. In diesem Modell wird eine allgemeine Pauschalprämie ohne Beitragsreduktion für Kinder und Jugendliche unterstellt.

---

Beitragsbelastung geringer als im Status Quo aus, da Unterhaltsleistungen nicht dem Bruttoeinkommen

Als Ergebnis wäre die Gesamtbevölkerung 2001 im Durchschnitt um mehr als 1100 DM im Jahr je Haushalt entlastet worden (Tabelle E19). Die Entlastung wäre bei mittleren und höheren Einkommensgruppen mit bis zu 2400 DM im Jahr je Haushalt am stärksten ausgeprägt gewesen. Aber auch Geringverdiener wären durch ein solches Modell um bis zu knapp 750 DM im Jahr je Haushalt entlastet. Alleinlebende würden durchweg von diesem Modell profitieren, wobei die Entlastung mit der Höhe des Einkommens eher zunimmt (Tabelle E22). Alleinlebende mit mittleren und höheren Einkommen hätten 2001 auf diese Weise rund 3000 bis 4500 DM im Jahr je Haushalt mehr zur Verfügung gehabt.

Bei Familien fällt das Bild dagegen deutlich anders aus. Obwohl die Pauschalprämie aufgrund von Leistungsauslagerungen abgesenkt ist, würden Familien insgesamt deutlich stärker zur Finanzierung der Krankenversicherung herangezogen. Bei Haushalten mit vier und mehr Mitgliedern hätte sich das Nettoeinkommen um mehr als 1100 DM im Jahr je Haushalt reduziert (Tabelle E23). In den unteren Einkommensgruppen (im Durchschnitt aller Familien) würde der soziale Ausgleich zu leichten Entlastungen führen, doch wären vom 5. Einkommensdezil an Familien mit durchschnittlich bis zu 2800 DM im Jahr je Haushalt erheblich zusätzlich belastet worden. Diese zusätzliche Belastung erklärt sich vorrangig durch die hier unterstellte Beitragspflicht für Kinder und Jugendliche und verdeutlicht damit die Notwendigkeit eines Familienlastenausgleichs.<sup>410</sup>

Die durchschnittliche Steuerquote würde insgesamt leicht um 1,2 Prozentpunkte steigen, mit einer Steuerbelastung, die nur etwas niedriger ist als im vorangegangenen Pauschalprämienmodell mit Beitragsfreiheit für Kinder und Jugendliche (Tabelle E20). Die Entlastung bei den Krankenversicherungsbeiträgen fällt insgesamt aber deutlich stärker aus als im vorangegangenen Pauschalprämienmodell. Betrachtet man als letztes wiederum die effektive Veränderung des verfügbaren Einkommens, so zeigt sich bei den Pauschalprämienmodellen, dass eine Mehrheit der Bevölkerung zum Teil deutliche Zugewinne bei ihrem Einkommen erzielen kann, was deren politische Umsetzbarkeit sicherlich erhöhen dürfte (Tabelle E24).

---

zugerechnet werden.

<sup>410</sup> Bei einer alternativen Finanzierung der Prämien für Kinder und Jugendliche ausschließlich über das Steuersystem, wären damit Familien aber deutlich entlastet worden. Vgl. hierzu die alternativen Modellrechnungen im Anhang.



Ein weiteres, mögliches Reformmodell stellt das einer privatwirtschaftlich organisierten Krankenversicherung mit risikoäquivalenten Beiträgen und sozialem Ausgleich dar (Variante "Risikoäquivalent"). Hierbei wäre es nach dem Gesamtergebnis der Modellrechnung für 2001 zu leichten zusätzlichen Belastungen in Höhe von rund 250 DM im Jahr je Haushalt (Tabelle E19) gekommen. Die Ursache hierfür ist in dem Volumen des erforderlichen sozialen Ausgleichs zu suchen, das mit 87 Mrd. DM ein erhebliches Ausmaß annehmen würde.

Untere bis mittlere Einkommensgruppen würden tendenziell leicht entlastet, obere Einkommen zum Teil deutlich stärker belastet. Diese zusätzlichen Lasten würden bei Alleinlebenden und Familien etwa gleich ausfallen. Mit zunehmender Einkommenshöhe nimmt das verfügbare Haushaltseinkommen immer weiter ab. Obere Einkommensgruppen müssen in diesem Modell auf mehr als 3000 DM im Jahr je Haushalt verzichten (Tabelle E22).

Ursache für diese starke Reduktion der verfügbaren Einkommen ist der erhöhte Solidarbeitrag, der im Ergebnis zu einer Anhebung der durchschnittlichen Steuerquote um bis zu vier Prozentpunkten bei den oberen Einkommensbezieheren führen würde (Tabelle E20). Die insgesamt um 2,6 Prozentpunkte niedrigere durchschnittliche Krankenversicherungsprämie kann den Zuwachs der Steuerbelastung jedoch nicht ausgleichen (Tabelle E21).

Eine letzte Variante der in den Modellrechnungen simulierten Reformen stellt eine steuerfinanzierte Gesundheitsversorgung dar (Variante "Steuer").<sup>411</sup> Eine rein steuerfinanzierte Gesundheitsversorgung wird in Deutschland zwar nicht ernsthaft in Erwägung gezogen, doch soll hier zum Vergleich auch der Nettoeffekt in einem solchen Modell dargestellt werden. Um eine reine Steuerfinanzierung zu gewährleisten, wäre ein Solidaritätszuschlag in Höhe von 65,5% notwendig.<sup>412</sup> Die Grenzabgabenbelastung würde damit drastisch steigen, was deutliche Auswirkungen auf den Arbeitsmarkt haben dürfte.

---

<sup>411</sup> Vgl. SVRKaIG (1994: Ziffer 508ff.).

<sup>412</sup> Das Volumen an öffentlichen Mitteln, das erforderlich wäre, um eine vollständig steuerfinanzierte Gesundheitsversorgung für die Gesamtbevölkerung zu gewähren, wird hier durch eine Verknüpfung der standardisierten Ausgabenprofile des RSA abgeschätzt. Es läge bei rund 295 Mrd. DM im Jahr 2001. Zur Finanzierung wäre auch eine Anhebung indirekter Steuern erwägenswert. Dies kann aber mit den Daten des SOEP nicht simuliert werden. Daher wird hier die stark vereinfachende Annahme getroffen, den Solidaritätszuschlag zur Finanzierung des sozialen Ausgleichs anzuheben.

Im Durchschnitt der Gesamtbevölkerung hätten sich keine Veränderungen ergeben (Tabelle E19). Zwischen den Einkommensgruppen kommt es aber zu erheblichen Verschiebungen. Im Vergleich zu den anderen Reformvarianten wären die Veränderungen des verfügbaren Einkommens über die gesamte Bevölkerung hinweg am größten (Tabelle E24). Untere bis mittlere Einkommen hätten in ihrem verfügbaren Einkommen einen Zuwachs von durchschnittlich 2700 DM im Jahr je Haushalt erfahren. Obere und höchste Einkommen müssen dagegen erhebliche Verluste hinnehmen.

Bei Alleinlebenden hätten diese Verluste im Jahr je Haushalt zum Teil mehr als 10.000 DM bzw. bei den obersten Einkommensbezieher, knapp 50.000 DM ausgemacht. Das Ausmaß dieser Umverteilung verdeutlicht, wie gering die Umsetzungschancen einer solchen Reform tatsächlich wären, da faktisch die oberen Einkommen die gesamte Gesundheitsversorgung weit überwiegend finanzieren müssten. Bei einkommensstarken Familien wären diese Belastungen etwas geringer ausgefallen, hätte aber für das oberste Einkommensdezil immer noch bei weit über 10.000 DM im Jahr je Haushalt gelegen.

Untere und mittlere Einkommen würden hier deutlich entlastet, was sich durch die Auszahlung des Arbeitgeberbeitrags bzw. des Beitragszuschusses und deren vergleichsweise geringe Steuerquote erklärt (Tabelle E20). Die durchschnittliche Steuerquote würde sich bei diesen Gruppen zwar mehr als verdoppeln (im 2. Einkommensdezil von 1,5% auf 3,0%), durch den Wegfall des Krankenversicherungsbeitrags hätten sich im Saldo aber erhebliche Entlastungen ergeben. Bei den oberen Einkommensgruppen hätte die durchschnittliche Steuerquote Werte von bis zu 38% angenommen. Die Grenzaufgabenbelastung würde damit für diese Einkommensgruppe auf mehr als 84% ansteigen, d.h. auf jeden zusätzlich verdienten Euro müssten mehr als 84 Cent an Steuern entrichtet werden. Bei diesem Ausmaß an Abgabenbelastung sind starke negative Beschäftigungseffekte zu befürchten, was die Realisierbarkeit einer reinen Steuerfinanzierung jedenfalls bei dem der Simulation zu Grunde liegenden Steuersystem äußerst unwahrscheinlich macht. Würde eine steuerfinanzierte Gesundheitsversorgung ernsthaft in Erwägung gezogen, wäre eine Steuerreform zur gleichmäßigeren Lastenverteilung daher dringend notwendig.

## 12.12 Zusammenfassung der Ergebnisse

Die Notwendigkeit für Reformen der Finanzierungsgrundlagen des Krankenversicherungsschutzes in Deutschland ist unbestritten. Der Weg dazu kann sowohl in evolutoren als auch in "revolutionären" Schritten bestehen. Auch der Kreis der davon direkt betroffenen Personen ist je nach Reformkonzept unterschiedlich: Reformen können sowohl allein die bisher in der GKV versicherte Bevölkerung betreffen als auch die gesamte Wohnbevölkerung.

Eine evolutorische Weiterentwicklung der GKV könnte zunächst in einer Veränderung der beitragsfreien Familienversicherung oder in der Einführung differenzierter Beitragssätze bestehen. Mit den Ergebnissen der hier vorgelegten Simulationsrechnungen wurde gezeigt, dass die Einführung eines Splittingmodells oder von Mindestbeiträgen für bisher beitragsfrei Familienversicherte ohne Betreuungs- oder Pflegetätigkeiten zu einem Beitragssatzeffekt von bis zu 0,8 Prozentpunkten führen und gleichzeitig eine höhere Beitragsgerechtigkeit erzielt werden könnte.

Ein alternativer Vorschlag für die Reform der GKV sieht eine Einführung von differenzierten Beitragssätzen vor, wobei die Versicherten der KVdR mit höheren Beiträgen belastet würden. Diese höhere Belastung wäre vor allem durch das Defizit in der KVdR gerechtfertigt. Nach den Simulationsergebnissen hätte eine Anhebung des Beitragssatzes zur GKV für Versicherte der KVdR um 2 Prozentpunkte im Jahr 2001 bewirkt, dass der durchschnittliche Beitragssatz um knapp 0,4 Prozentpunkte für die gesamte übrige Versichertengemeinschaft der GKV sinken würde.

Mit einer Ausweitung der Beitragsbemessungsgrundlage in der GKV auf alle Einkommensarten, sind nur begrenzte Finanzierungswirkungen zu erreichen (nach den Modellrechnungen für 2001: Beitragsmehreinnahmen in Höhe von 0,5 Beitragssatzpunkten). Größere Mehreinnahmen – und damit größerer Spielraum für Beitragssatzsenkungen – ergeben sich, wenn flankierend die Beitragsbemessungsgrenze erhöht oder sogar gänzlich aufgehoben wird. Hierbei wären nochmals Beitragsmehreinnahmen zu erwarten, die es erlaubt hätten den Beitragssatz in der GKV um jeweils weitere rund 0,6 Beitragssatzpunkte zu senken.

Entwickelt man die GKV in Richtung einer allgemeinen Bürgerversicherung mit Versicherungspflicht für die gesamte Wohnbevölkerung weiter, ließe sich die Finanzierungsbasis der GKV deutlich verbreitern. Mit dem positiven Saldo aus Beitragsmehreinnahmen und zusätzlichen Leistungsausgaben wäre es möglich gewesen, den Beitragssatz in der GKV um fast 3 Prozentpunkte zu senken. Dies geht zu einem großen Teil auf die Einbeziehung der bisher in der PKV versicherten Personen zurück, da sie – im Vergleich zu denen der bisher in der GKV-Versicherten – zum Einen eine besonders positive Risikoselektion darstellen und zum Anderen überdurchschnittlich hohe Einkommen aufweisen. Des weiteren ist auch bei den freiwillig Versicherten mit einer Abnahme des verfügbaren Einkommens auszugehen, da die Anhebung der BBG bei diesen zu einem deutlichen Beitragsanstieg führen dürfte. Die finanzielle Situation der GKV könnte mit der Reformvariante einer Bürgerversicherung aber insgesamt nachhaltig verbessert werden.

Die Umsetzung einer allgemeinen Bürgerversicherung dürfte aber auf erheblichen Widerstand stoßen, da insbesondere verfassungsrechtliche Bedenken gegen eine Ausweitung der GKV auf die gesamte Bevölkerung sprechen. Die dargestellten Ergebnisse können demnach kaum als realisierbare fiskalische Wirkung einer solchen Reform angesehen werden sondern zeigen lediglich den theoretisch erreichbaren maximalen Effekt auf.

Realistische Chancen einer Ausweitung der Versicherungspflicht haben die Modellvarianten GKV-VP1 und GKV-VP2, nach denen alle diejenigen Personen in der GKV pflichtversichert würden, die bisher nicht in der PKV versichert sind. Als Ergebnis käme es bei einer solchen Reform im Saldo zu Mehrausgaben für die GKV, da diese Personengruppen vergleichsweise schlechte Risiken darstellen. Dies ist insbesondere der Fall bei Personen, die über das Sozialamt Anspruch auf Krankenversorgung haben. Eine Ausweitung des versicherungspflichtigen Personenkreises zugunsten der GKV hätte demnach nur positive fiskalische Effekte, wenn eine Versicherungspflicht für die gesamte Wohnbevölkerung (d.h. auch einschließlich der PKV-Versicherten) durchgesetzt werden würden.

Ein Modell mit krankenversicherungsspezifischen Pauschalprämien würde die Finanzierung der Krankenversicherung ebenso auf eine nachhaltigere Basis stellen. Die Bei-

tragszahlung erfolgt hierbei unabhängig von der Höhe und der Zusammensetzung des Gesamteinkommens der Versicherten, was hohe fiskalische Ergiebigkeit ermöglicht.

Ein Pauschalprämienmodell hätte allerdings enorme verteilungspolitische Konsequenzen. Ein gesondert zu etablierendes System müsste dafür sorgen, dass die Beitragsbelastung begrenzt bleibt. Das für den sozialen Ausgleich erforderliche Volumen hängt dabei maßgeblich von der Wahl der Bemessungsgrundlage zur Bestimmung des Anspruchs auf einen sozialen Ausgleich und der unterstellten Belastungsobergrenze ab. Je enger die Bemessungslage gezogen wird, desto größer fällt der entsprechende Ausgleichsbedarf aus. Hierbei erscheinen vor allem zwei Varianten einer Bemessungsgrundlage erwägenswert, die des Haushaltsbruttoeinkommens und die des erweiterten Haushaltsmarkteinkommens.

Die Festlegung einer Belastungsobergrenze kann nur normativ geschehen. Hier wurde exemplarisch eine Grenze von 15% der jeweiligen Bemessungsgrundlage unterstellt. Doch auch eine Veränderung der maximalen Beitragsbelastung variiert das Volumen des sozialen Ausgleichs maßgeblich.

Bei Einführung von Pauschalprämien für die Gesamtbevölkerung hätte sich nach den Simulationsrechnungen für 2001 ein Bedarf für den sozialen Ausgleich – je nach Bemessungsgrundlage – von rund 29 bzw. 49 Mrd. DM ergeben.

Es ist aber grundsätzlich auch denkbar, Pauschalprämien nur für die bestehende GKV einzuführen, was deren Umsetzbarkeit erheblich vereinfachen dürfte. Der Bedarf für den sozialen Ausgleich hätte sich dabei aber im Jahr 2001 nur leicht auf rund 27 bzw. 42 Mrd. DM reduziert (wiederum abhängig von der Wahl der Bemessungsgrundlage).

Von dem sozialen Ausgleich würden naheliegender weise vorrangig untere Einkommensgruppen profitieren.<sup>413</sup> Bei einer Betrachtung der Veränderung des verfügbaren Einkommens zeigt sich bei Einführung eines Pauschalprämienmodells aber vom Grundsatz her eine entgegengesetzte Wirkung im Vergleich zur Bürgerversicherung. Werden bei der Bürgerversicherung vorwiegend höhere Einkommensgruppen zusätzlich belastet, ist bei einem Pauschalprämienmodell zu beobachten, dass mittlere als auch obere Einkommensgruppen insgesamt entlastet werden.

---

<sup>413</sup> Für eine differenzierte Betrachtung der Auswirkungen auf verschiedene sozio-demographische Merkmale bei einer Einführung eines Modells der Bürgerversicherung bzw. eines Pauschalprämienmodells vgl. die weiteren Ausführungen im Anhang.

Die Ausgestaltung und Institutionalisierung des „sozialen Ausgleichs“ wäre ohne Frage eine schwierige politische Aufgabe. In den wissenschaftlichen und politischen Diskussionen über die allokativen Vorzüge eines Pauschalprämienmodells für den Krankenversicherungsschutz in Deutschland sollte daher mehr Aufmerksamkeit als bisher der praktischen Umsetzung dieses Problem gewidmet werden. Der große Umfang des notwendigen Transfervolumen eines Pauschalprämienmodells muss aber keineswegs von vornherein gegen ein solches System sprechen.

Ein gangbarer Weg zur Reduktion des Transferbedarfs für den sozialen Ausgleich stellt die Auslagerung von Leistungen dar. Würde – wie unterstellt – das Krankengeld und der Zahnersatz aus dem Leistungskatalog herausgenommen, so hätte sich danach der notwendige Transferbedarf im Jahr 2001 auf rund 20 bzw. 34 Mrd. DM beschränkt.<sup>414</sup>

Würden zur Finanzierung des sozialen Ausgleichs der Arbeitgeberbeitrag bzw. Beitragszuschüsse an die Versicherten ausgezahlt und ihrem zu versteuernden Einkommen zugeschlagen, so hätte sich nach den Modellrechnungen für 2001 in diesem Jahr das daraus entstehende zusätzliche Steueraufkommen auf rund 35 Mrd. DM belaufen. Ein wesentlicher Kritikpunkt an einer Einführung eines Pauschalprämienmodells, nämlich die Problematik der Gegenfinanzierung des erforderlichen sozialen Ausgleichs – wäre damit entkräftet.

In einer weiteren Reformvariante – die vollständig privatwirtschaftlich organisierte Krankenversicherung mit risikoäquivalenten Prämien – wurde unterstellt, dass in jedem Jahr eine Anpassung des Tarifs an die durchschnittlichen Leistungsausgaben jeder Alterskohorte erfolgt. Bei einer allgemeinen Versicherungspflicht wäre wiederum ein sozialer Ausgleich zur Begrenzung der Beitragsbelastung notwendig. Bei dieser Reformvariante wäre das dafür erforderliche Transfervolumen aber mit bis zu knapp 74 Mrd. DM im Jahr 2001 erheblich größer ausgefallen als bei den Pauschalprämienmodellen, was demnach zusätzliche Probleme bei der Gegenfinanzierung mit sich gebracht hätte. Eine Auslagerung von Krankengeldleistungen oder des Zahnersatzes, hätte den Bedarf für den sozialen Ausgleich nicht nachgiebig gesenkt, da vorrangig ältere Perso-

---

<sup>414</sup> Das Krankengeld könnte alternativ auch künftig von den Arbeitgebern getragen werden, da diese durch die einmalige Auszahlung des Arbeitgeberbeitrags zur Krankenversicherung von künftigen Beitragssatzsteigerungen der GKV entlastet werden. Eine Zusammenlegung mit der gesetzlichen Unfallversicherung, die ein vergleichbares Risiko abdeckt, könnte Effizienzgewinne erbringen. Die Auslagerung von Leistungen des Zahnersatzes ist durch die zunehmende Bedeutung und Erfolge von Präventionsmaßnahmen der Zahnhygiene gerechtfertigt, da die Zahngesundheit nachweislich zugenommen hat und künftig Zahnersatz an Bedeutung verlieren wird.

nen in diesem Modell ausgleichsbedürftig wären und bei diesen eine solche Leistungsauslagerung keine großen Einsparungen ergeben würden. Um das Defizit beim Bedarf für den sozialen Ausgleich zu schließen, wurde hier unterstellt den Solidaritätszuschlag weiter zu erhöhen. Dieser hätte somit einen Wert von mehr als 18% im Jahre 2001 angenommen. Im Saldo hätte sich für die gesamte Wohnbevölkerung in dieser Modellvariante das verfügbare Einkommen sogar leicht reduziert, wobei vorwiegend obere Einkommensbezieher durch die Anhebung des Solidaritätszuschlags eine Reduktion ihres verfügbaren Einkommens hätten erleiden müssen. Aber auch Familien mit Kindern hätten bei dieser Reformvariante mehrheitlich Verluste beim verfügbaren Einkommen hinnehmen müssen, da keine beitragsfreie Familienversicherung im Modell mit risikoäquivalenten Prämien mehr bestanden hätte.

Auch bei steuerfinanzierten Systemen, die theoretisch den Vorteil einer hohen fiskalischen Ergiebigkeit haben, wären enorme verteilungspolitische Konsequenzen zu erwarten. Dies zeigten die Ergebnisse von Modellrechnungen zu einer solchen Reformvariante, die kaum relevant in Hinsicht auf ihre praktische Umsetzbarkeit aber von analytischem Interesse sind. Würden – wie für die Simulationsrechnungen unterstellt – die Leistungsausgaben der Gesundheitsversorgung vorwiegend durch eine Anhebung des Solidarbeitrags finanziert, so würde die steuerliche Leistungsfähigkeit die alleinige Bemessungsgrundlage, was zu extremen Grenzabgabenbelastungen bei oberen Einkommensgruppen führen würde. Eine Veränderung des verfügbaren Einkommens von beispielsweise Alleinlebenden im obersten Einkommensdezil von mehr als 48.000 DM im Jahre 2001 macht die Chancen einer Realisierbarkeit dieser Reformvariante auf plastische Weise offenbar. Eine steuerfinanzierte Gesundheitsversorgung hätte demnach nur ernsthafte Chancen der Umsetzbarkeit, wenn eine grundsätzliche Steuerreform zur gleichmäßigeren Lastenverteilung realisiert werden könnte.

## 13 Zusammenfassung und Schlussfolgerungen

Die gesetzliche, aber auch die private Krankenversicherung in Deutschland stehen künftig vor gewaltigen Herausforderungen, die vor allem auf die demographische Entwicklung der Bevölkerung, aber auch auf den medizinisch-technischen Fortschritt zurückzuführen sind. Vor allem die GKV, die knapp 90% der Bevölkerung im Krankheitsfalle absichert, steht vor einer regelrechten Beitragssatzexplosion und damit im Mittelpunkt der gesundheitspolitischen Diskussion.

Soll eine Rationierung von Gesundheitsleistungen vermieden werden, reicht es nicht aus, den Spielraum zur Nutzung von Rationalisierungsreserven im Gesundheitswesen so weit als möglich auszunutzen oder sonstige Reformen auf der Ausgabenseite umzusetzen, sondern es sind zusätzlich Reformen auf der Finanzierungsseite unabdingbar.

Aufgrund des Reformbedarfs in der Gesundheitsversorgung ist ein Überdenken der Finanzierungsgrundlagen also notwendig. Der Weg zu einer veränderten Finanzierung in der Krankenversicherung kann dabei in evolutionärer bzw. "revolutionärer" Weise vor sich gehen (vgl. SVR 2000: 237ff.). Dabei stehen die Fragen nach dem "richtigen Ausmaß" an Äquivalenz, Solidarität und Gerechtigkeit – die wichtigen Gestaltungsmerkmale einer Krankenversicherung – im Mittelpunkt der Diskussion. Letztlich ist aber die Frage ausreichend, welches gesundheitspolitische Ziel vorrangig verfolgt werden soll, um die adäquate Organisations- und Finanzierungsform zu finden.

Aus Gründen der Transparenz sollten zunächst generell der bisherige Arbeitgeberbeitrag zur Krankenversicherung und sämtliche Beitragszuschüsse direkt an die Versicherten ausgezahlt und ihnen die Zahlung der gesamten Beiträge überlassen werden. Auf diese Weise ließe sich die tatsächliche finanzielle Beteiligung am Krankenversicherungsschutz verdeutlichen und das Kostenbewusstsein heben. Die Fiktion der finanziellen Beteiligung der Arbeitgeber ist überkommen und verschleiert nur die tatsächlichen Finanzströme und Belastungen.

Unabhängig von der organisatorischen Ausgestaltungsform ist in jedem Falle eine Ausweitung der Versicherungspflicht auf die gesamte Wohnbevölkerung anzustreben. Nur



so kann generell eine bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung gewährleistet werden, Trittbrettfahrerverhalten vermieden und Solidarität gewährleistet werden.

Zu unterscheiden sind evolutorische und revolutionäre Reformansätze, wobei revolutionäre Reformmodelle den Vorzug bieten, überkommene Strukturen zu beheben und bestehende strukturelle Defizite zu vermeiden.

Mit einer evolutionären Weiterentwicklung der GKV ließen sich verschiedene Defizite reduzieren. So könnte die bisherige beitragsfreie Mitversicherung von nicht selbst versicherten Ehepartnern durch eine Mindestbeitragsregelung oder durch ein Splittingverfahren des Einkommens des versicherten Ehepartners aufgehoben werden.

Daneben ist auch die Einführung differenzierter Beitragssätze zu nennen. Versicherte der KVdR könnten durch einen rentnerspezifisch höheren Beitragssatz stärker zur Finanzierung ihrer Leistungsausgaben herangezogen werden, um so das Defizit in der KVdR zu verringern. Aber auch eine Ausweitung der Bemessungsgrundlage könnte zu mehr Beitragsgerechtigkeit in der GKV führen. Daneben wäre eine Auslagerung versicherungsfremden Leistungen der GKV notwendig, um sozialpolitische Aufgaben, die gesamtgesellschaftlich finanziert werden sollten, nicht allein der Versichertengemeinschaft der GKV anzulasten.

Diese Maßnahmen würden die GKV aber nur kurz- bis mittelfristig entlasten. Daher sind grundlegende Reformen notwendig, die eine revolutionäre Veränderung des Krankenversicherungsschutzes in Deutschland voraussetzen, um den künftigen Herausforderungen an die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung gerecht zu werden.

Grundsätzlich lassen sich vier Möglichkeiten einer reformierten Absicherung gegen finanzielle Risiken im Krankheitsfalle aufzählen, die freilich nur auf längere Sicht umsetzbar sind: Das Modell einer Bürgerversicherung, das Pauschalprämienmodell, die privatwirtschaftliche Absicherung mit risikoäquivalenten Beiträgen und eine rein steuerfinanzierte Gesundheitsversorgung.

Nach dem Grad der Zielerreichung im Sinne einer Bereitstellung einer bedarfsgerechten Gesundheitsversorgung, könnten alle Reformalternativen mit Ausnahme der steuerfinanzierte Gesundheitsversorgung diese Aufgabe erfüllen. Dieser letzteren wird im all-

gemeinen unterstellt, dass dabei aufgrund fiskalpolitischer Gegebenheiten eine chronische Gefahr zur Unterversorgung besteht. Damit würde eine steuerfinanzierte Gesundheitsversorgung auch den Präferenzen der Versicherten in Bezug auf Wahlfreiheit, Leistungsumfang oder Qualität der Versorgung nicht gerecht. Diese Aspekte könnten dagegen in den Reformalternativen, wie der privatwirtschaftlichen Absicherung oder dem Pauschalprämienmodell adäquat berücksichtigt werden. Individuelle Vertragsgestaltungen sind erwünscht, um den Wettbewerb zu erhöhen. Der Kassenwettbewerb soll hierbei als Mittel zur Suche nach der effizientesten Versorgungsalternative dienen.

Mit einer stärkeren Berücksichtigung der Subsidiarität und der Orientierung an einer Basisstandardversorgung entsprechen die beiden letztgenannten Reformmodelle eher einer libertären Gerechtigkeitsauffassung. Folgt man der egalitären Sichtweise von Gerechtigkeit, so liegen die staatlich organisierte, steuerfinanzierte Gesundheitsversorgung und die Bürgerversicherung nahe, da diese vom Grundsatz jedem Bürger eine Gesundheitsversorgung unabhängig von der Zahlungswilligkeit und -fähigkeit gewährleisten sollen.

Mit diesen unterschiedlichen Sichtweisen von Gerechtigkeit ist auch eine jeweils andere Auffassung von Beitragsgerechtigkeit verbunden. Löst man sich von der Vorstellung, dass die Krankenversicherung auch Einkommensumverteilung betreiben solle, so ist unter dem Aspekt der Beitragsgerechtigkeit das Pauschalprämienmodell zu bevorzugen, da alle Versicherten genau eine (kassenspezifische) identische Prämie entrichten.

Wie die Ergebnisse der Simulationsrechnungen zeigen, sind unter dem Aspekt der fiskalischen Ergiebigkeit alle vier Reformmodelle positiv zu bewerten. Bei der Bürgerversicherung würde der Krankenversicherungsbeitrag allerdings mehr und mehr den Charakter einer zusätzlichen Steuer annehmen, was die individuelle Akzeptanz mindern dürfte. Bei rein steuerfinanzierten Modellen ginge der individuelle Bezug zur Finanzierung der Gesundheitsvorsorge vollständig verloren, da eine Trennung zu anderen steuerfinanzierten Aufgaben nicht mehr erkennbar wird. Pauschalprämienmodelle und die privatwirtschaftliche Absicherung mit risikoäquivalenten Beiträgen haben demgegenüber den Vorzug, dass dem Einzelnen eher bewusst wird, dass individuelle Gesundheitsvorsorge betrieben wird und die Beitragsbemessung sich daher an dem Äquivalenzprinzip orientiert.

Unter den Gesichtspunkten der Steuerungswirkung auf das individuelle gesundheitsrelevante Verhalten und der Stärkung der Eigenverantwortung, ist generell ein Ausbau von Selbstbeteiligungen und die Erhöhung von Steuern auf gesundheitsgefährdende Produkte anzustreben. Erhöhte Steuern auf gesundheitsgefährdende Produkte haben direkten Einfluss auf den Konsum dieser Artikel und sind damit ein effizientes und effektives Mittel, das individuelle Verhalten zu beeinflussen. Diese Maßnahme kann problemlos direkt umgesetzt werden und mittelfristig zu einer Verbesserung der gesamtgesellschaftlichen Gesundheit führen.

Mit der Einführung von Selbstbeteiligungen kann die Hoffnung verbunden werden, dass unnötige Leistungsinanspruchnahme vermieden und Anreize zu einer sparsameren individuellen Inanspruchnahme gesetzt werden. Selbstbeteiligungen dürfen aber nicht wie in der derzeitigen GKV als Sonderleistungszuschläge ausgestaltet sein, da sie erst mit einer in Anspruch genommenen Behandlung wirken. Abzugs-Franchisemodelle wie in der Schweiz sind daher zu bevorzugen. Die Einführung dieser Selbstbeteiligungsmodelle ist jedoch nicht generell mit jedem der Reformmodelle kompatibel. Diese Form der Selbstbeteiligung wären am besten im Rahmen einer privatwirtschaftlichen Absicherung oder eines Pauschalprämienmodells umsetzbar.

Direkte oder indirekt über eine Entlastung des Faktors Arbeit wirkende Beschäftigungseffekte sind weitere wichtige Bewertungskriterien für Reformmaßnahmen. Eine vollständige Lösung der Krankenversicherungsbeiträge vom Arbeitseinkommen ist zu bevorzugen, um den Arbeitsmarkt von den – künftig weiter steigenden – Lohnnebenkosten zu entlasten.

Zur Beurteilung von eventuellen Beschäftigungswirkungen, kann als Kriterium das Maß an Grenzabgabenbelastung mit herangezogen werden. Diese fällt in einem Modell der Bürgerversicherung und ganz besonders in dem hier simulierten Modell einer steuerfinanzierten Gesundheitsversorgung besonders hoch aus und nimmt Werte von zum Teil mehr als 70% an. Derart hohe Grenzbelastungen dürften sich negativ auf die Nachfrage am Arbeitsmarkt auswirken.

Demgegenüber sind eher positive Arbeitsmarkteffekte sowohl bei einer privatwirtschaftlichen Absicherung als auch bei Pauschalprämienmodellen zu erwarten, da mittlere und höhere Einkommen im Vergleich zum Status Quo insgesamt eher entlastet würden. Mit

den Worten des Sachverständigenrates zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung kann dies folgendermaßen kurz zusammengefasst werden: "Die Pauschalprämie erhöht die Beschäftigung, die Bürgerversicherung verringert die Beschäftigung" (SVR 2003: 318).<sup>415</sup>

Betrachtet man die Reformalternativen unter dem Aspekt der politischen Durchsetzbarkeit, so lassen sich letztlich nur zwei aktuell diskutierte Wege einer Umgestaltung von Krankenversicherungsschutz konstatieren: die sogenannte Bürgerversicherung, mit einer Weiterentwicklung der bestehenden GKV, und das Pauschalprämienmodell (vgl. BMGS 2003c). Rein steuerfinanzierte Modelle oder die privatwirtschaftliche Absicherung im Krankheitsfalle werden in der politischen Diskussion ungerechtfertigterweise weitgehend vernachlässigt.

Würde man das Modell der Bürgerversicherung innerhalb der bestehenden GKV weiter entwickeln, hätte dies zunächst einmal den zentralen Nachteil, dass überkommene und zum Teil wenig erfolgreiche Strukturen bewahrt und Ineffizienzen und Ineffektivitäten erhalten blieben. Die allgemeine Akzeptanz wäre eingeschränkt, da der Krankenversicherungsbeitrag zunehmend den Charakter einer zusätzlichen Steuer hätte und keine Äquivalenz zwischen geleistetem Beitrag und empfangener Leistung bestünde. Zudem wäre das Wettbewerbsverhältnis zwischen GKV und PKV nachhaltig zuungunsten der GKV gestört. Es käme zu Abwanderungen zugunsten der PKV und die erhofften fiskalischen Effekte wären so u.U. nicht zu realisieren. Die Ausweitung der Bürgerversicherung auf die Versicherten der PKV stößt aber auf erhebliche verfassungsrechtliche Bedenken, was deren praktische Umsetzbarkeit deutlich einschränken dürfte.

Das Pauschalprämienmodell hat demgegenüber den Vorzug, dass das Bestandsrecht der PKV grundsätzlich gewahrt würde und private und gesetzliche Kassen gemeinsam am Markt agieren könnten. Das Anwartschaftsdeckungsverfahren der PKV könnte dabei als Instrument eingesetzt werden, um den Kassenwettbewerb zu forcieren.

---

<sup>415</sup> So zeigt der SVR (2003: 317) in einer Modellrechnung, dass mit einer Beschäftigungszunahme zwischen 2,4% und 3,6% bei einem Pauschalprämienmodell zu rechnen ist. Im Gegensatz dazu nähme bei der Bürgerversicherung die Beschäftigung um bis zu 3% ab. Allein dies dürfte dauerhaft für die GKV zu einer weiteren Erosion der Beitragseinnahmen führen ist demnach eher kontraproduktiv für die Finanzsituation der GKV.

Die allgemeine Akzeptanz und die politische Umsetzbarkeit des Pauschalprämienmodells würde aber vorrangig von der erfolgreichen Organisation und Gegenfinanzierung des sozialen Ausgleichs abhängen. Aus familienpolitischen Erwägungen wären reduzierte Beiträge oder eine vollständige Beitragsfreiheit für Kinder und Jugendliche in einem solchen Modell angebracht.

Wie mit Hilfe der Simulationsrechnungen gezeigt wurde, kann das Problem der Gegenfinanzierung aber durch Auszahlung und Versteuerung des bisherigen Arbeitgeberbeitrags und von Beitragszuschüssen fast vollständig gelöst werden.

Die Akzeptanz eines Pauschalprämienmodells hinge aber auch von einer Neudefinition der Solidarität in der Krankenversicherung ab. Der Bevölkerung muss vermittelt werden, dass bestimmte Umverteilungsaufgaben der bestehenden GKV nicht zur eigentlichen Versicherungsaufgabe gehören und dabei bisher auch nur unzureichend von der GKV geregelt wurden. Der eigentliche Solidarausgleich müsste im Pauschalprämienmodell außerhalb der Krankenversicherung, nämlich im Steuer- und Transfersystem stattfinden und könnte damit zielgerichteter durchgeführt werden.

Bei einer rein privatwirtschaftlichen Absicherung mit Versicherungspflicht für die Gesamtbevölkerung besteht das Problem, dass der soziale Ausgleich zur Begrenzung der Beitragsbelastung ein erhebliches Volumen annehmen würde, welches allein durch die Auszahlung und Versteuerung des bisherigen Arbeitgeberbeitrags und von Beitragszuschüssen nicht gegenfinanziert werden könnte. Weitere Steuererhöhungen wären notwendig, womit die eigentlichen Vorteile dieser Reformalternative untergraben würden.<sup>416</sup>

Obwohl einige europäische Länder mit einer steuerfinanzierten Gesundheitsversorgung als Vorbilder fungieren können, fehlt in der Bundesrepublik im politischen Willensbildungsprozess eine erkennbare Bereitschaft auch hier eine rein steuerfinanzierte Gesundheitsversorgung zu thematisieren oder gar einzuführen.

Ein weiterer Aspekt betrifft die Frage, ob die Reformmodelle für einen geöffneten Wirtschaftsraum geeignet, also künftig "europatauglich" sein werden. Das derzeitige GKV-

---

<sup>416</sup> Eine Alternative stellt natürlich die Rationierung des Leistungskatalogs dar, welche das Volumen des sozialen Ausgleichs minimieren könnte. Die politische Umsetzbarkeit war damit aber deutlich eingeschränkt.

System dürfte in dieser Hinsicht dauerhaft Schwierigkeiten bereiten. Sowohl eine privatwirtschaftliche Absicherung, ein Pauschalprämienmodell oder ein rein steuerfinanziertes Gesundheitssystem erscheinen gegenüber den kommenden Herausforderungen eines europäischen Wirtschaftsraumes besser gewappnet zu sein, unter anderem deshalb, weil sie mit anderen europäischen Gesundheitssystemen kompatibel sind.

Jedenfalls müssten die Reformen auf die Herausforderungen von künftig weiter steigenden Gesundheitsausgaben vorbereitet sein, was durch einen Umstieg vom Umlage- auf das Kapitaldeckungsverfahren am ehesten gewährleistet sein dürfte. Ein vollständiger Wechsel zur Kapitaldeckung ist aus verschiedenen Gründen, zu denen die Doppelbelastung der Erwerbstätigen mit Beitragszahlungen und Abgaben zum Kapitalaufbau in der Übergangsphase zählt, problematisch doch ist eine ergänzende Teilkapitaldeckung zur Begrenzung steigender Gesundheitsausgaben erwägenswert.

Wird eine individuelle Teilkapitaldeckung erwogen, so stellt deren Portabilität eine notwendige Voraussetzung für ein wettbewerblich organisiertes Krankenversicherungssystem dar, sollen bestehende Defizite wie die in der heutigen PKV vermieden werden. Sogenannte Demographiefonds könnten hier eine sinnvolle Variante einer teilkapitalgedeckten Finanzierung darstellen. Die Anwendung des Kapitaldeckungsverfahrens ist grundsätzlich in allen Reformvarianten denkbar, doch die Integration einer individuellen Teilkapitaldeckung dürfte am leichtesten in der privatwirtschaftlichen Absicherung und im Pauschalprämienmodell realisierbar sein.

Fasst man die genannten Aspekte zusammen, so scheint das Pauschalprämienmodell eine tragfähige und zukunftsweisende Reformalternative für die finanzielle Absicherung einer bedarfsgerechten Gesundheitsversorgung für die Gesamtbevölkerung zu sein. Hierfür sprechen vor allem Argumente wie hohe fiskalische Ergiebigkeit bei einer Lösung der primären Bemessungsgrundlage von den Erwerbseinkommen, positive Beschäftigungseffekte und hohe Beitrags- und Präferenzengerechtigkeit. Die Effizienz der Einkommensverteilung wird erhöht, wenn diese Aufgabe dem Steuer- und Transfersystem übertragen und damit zielgerichteter durchgeführt wird. Es wird mehr Kostentransparenz hergestellt, die zu einer Intensivierung des Kassenwettbewerbs in der Krankenversicherung beiträgt. Der Kassenwettbewerb dient dabei der Suche nach der kosten-

günstigsten bzw. effizientesten Versorgungsalternative. Effizienzreserven in der Gesundheitsversorgung können so gehoben werden.

Um das Volumen des sozialen Ausgleichs zu minimieren, ist eine Begrenzung des bisherigen Leistungskatalogs der GKV angebracht, da dieser im internationalen Vergleich überdurchschnittlich viele Angebote bereithält. In den Simulationsrechnungen konnte gezeigt werden, dass mit Hilfe solcher Maßnahmen der soziale Ausgleich allein durch die Auszahlung und Versteuerung des bisherigen Arbeitsgeberbeitrags bzw. von Beitragszuschüssen finanziert werden könnte. Das würde in erheblichen Maße zur politischen Umsetzbarkeit dieses Reformmodells beitragen. Daneben ist eine erhöhte Selbstbeteiligung, in Form einer Abzugsfranchise zur Setzung von Anreizen für individuelles gesundheitsbewusstes Verhalten einzuführen.

Letztlich sollte das Pauschalprämienmodell durch den Aufbau einer dauerhaften Teilkapitaldeckung ergänzt werden, um den künftig zu erwartenden Kostensteigerungen im Gesundheitswesen besser zu begegnen und der Gefahr von Rationierungen zu entgehen.

Eine Reformierung der finanziellen Absicherung der Gesundheitsversorgung ist dringend notwendig. Der Anpassungsdruck auf das Gesundheitssystem wird weiter deutlich zunehmen. Bereits in den kommenden 10 Jahren wird der Beitragssatz in der GKV deutlich ansteigen. Der Gesetzgeber sollte daher nicht lediglich die Symptome dieser Entwicklung bekämpfen sondern mutige Schritte einer Umgestaltung der Gesundheitsversorgung wagen. Eine öffentliche Debatte um das richtige Ausmaß an Gerechtigkeit und Solidarität innerhalb der Krankenversicherung wird erforderlich sein, um die Akzeptanz von grundlegenden Reformen zu erhöhen.

## *Anhang*



**Tabelle E1: Veränderung der Beitragseinnahmen nach Versicherungstypen (Modell GKV-BG1 bis GKV-BG7)**

	Status Quo	GKV-BG1	GKV-BG2	GKV-BG 3	GKV-BG 4	GKV-BG 5	GKV-BG 6	GKV-BG 7
	in Mrd. DM							
GKV insgesamt	251,27	10,50	21,23	7,91	19,06	9,42	20,62	31,82
• Pflichtversichert	152,89	2,65	3,95	3,63	6,79	3,63	6,79	8,43
• Freiwillig Versichert	49,02	7,81	17,25	–	7,81	–	7,81	17,25
• Familienversichert	0,62	–	–	–	–	1,51	1,56	1,58
• Als Rentner versichert	48,75	0,03	0,03	4,27	4,45	4,27	4,45	4,54
Besondere Sicherungsformen <sup>2</sup>	2,77	0,01	0,01	0,04	0,04	0,04	0,04	0,04
PKV	42,75	–	–	–	–	–	–	–
Freie Heilfürsorge	1,05	–	–	–	–	–	–	–
Ohne Krankenversicherung	0,43	–	–	–	–	–	–	–
Beitragsmehreinnahmen	–	10,5	21,23	7,91	19,06	9,42	20,62	31,82
darunter:								
• eigene Beiträge	–	5,93	13,15	7,91	14,51	9,42	16,06	23,75
• Arbeitgeber	–	4,51	7,80	0,00	4,44	0,00	4,44	7,80
• andere	–	0,06	0,28	0,00	0,11	0,00	0,12	0,27
Beitragssatzeffekt in Prozentpunkten	–	-0,55	-1,12	-0,42	-1,01	-0,5	-1,09	-1,68

Quelle: SOEP 2001, eigene Berechnungen.

**Tabelle E2: Durchschnittliche Beitragsbelastung<sup>1</sup> nach Versicherungstypen (Modell GKV-BG1 bis GKV-BG7)**

	Status Quo	GKV-BG1	GKV-BG2	GKV-BG 3	GKV-BG 4	GKV-BG 5	GKV-BG 6	GKV-BG 7
	in %							
GKV insgesamt	11,0	11,4	11,9	11,3	11,8	11,4	11,8	12,3
• Pflichtversichert	11,7	11,9	12,0	12,0	12,2	12,0	12,2	12,4
• Freiwillig Versichert	9,4	10,9	12,6	9,4	10,8	9,4	10,9	12,6
• Familienversichert	2,3	2,3	2,3	2,3	2,3	7,8	8,0	8,1
• Als Rentner versichert	11,0	11,1	11,1	12,1	12,1	12,1	12,1	12,1
Besondere Sicherungsformen <sup>2</sup>	11,5	11,5	11,5	11,7	11,7	11,7	11,7	11,7
PKV	7,6	7,6	7,6	7,6	7,6	7,6	7,6	7,6
Freie Heilfürsorge	7,0	7,0	7,0	7,0	7,0	7,0	7,0	7,0
Ohne Krankenversicherung	1,8	1,8	1,8	1,8	1,8	1,8	1,8	1,8

Quelle: SOEP 2001, eigene Berechnungen.

1: Als Anteil am individuellen erweiterten Markteinkommen.

2: Anspruchsberechtigt über das Sozialamt.

**Tabelle E3: Veränderung der durchschnittlichen Beitragsbelastung<sup>1</sup> nach Haushaltstypen (Modell GKV-BG1 bis GKV-BG7)**

	Status Quo	GKV-BG1	GKV-BG2	GKV-BG 3	GKV-BG 4	GKV-BG 5	GKV-BG 6	GKV-BG 7
<b>Wohnbevölkerung insgesamt</b>	in %							
1-Personen Haushalt	10,4	0,3	0,5	0,4	0,7	0,4	0,7	1,0
(Ehe-)Paar ohne Kind	10,6	0,3	0,5	0,3	0,6	0,4	0,7	1,0
Alleinerziehende	10,8	0,1	0,2	0,2	0,4	0,3	0,4	0,5
Paar + Kind < 16 Jahre	9,4	0,4	1,0	0,0	0,6	0,1	0,7	1,2
Paar + Kind > 16 Jahre	10,3	0,4	1,0	0,1	0,6	0,2	0,6	1,2
Paar + Kind <+> 16 Jahre	9,7	0,5	0,9	0,1	0,6	0,3	0,8	1,3
Sonstige Haushalte	10,6	0,1	0,2	0,4	0,6	0,4	0,6	0,7
<b>Insgesamt</b>	10,0	0,4	0,8	0,3	0,7	0,3	0,7	1,2

Quelle: SOEP 2001, eigene Berechnungen.

1: Als Anteil am erweiterten Haushaltsmarkteinkommen.

**Tabelle E4: Veränderung der Beitragseinnahmen nach Versicherungstypen (Modell GKV-VP1 bis Bürgerversicherung 5)**

	Status Quo	GKV-VP1	GKV-VP2	Bürgerver- sicherung 1	Bürgerver- sicherung 2	Bürgerver- sicherung 3	Bürgerver- sicherung 4	Bürgerver- sicherung 5
	in Mrd. DM							
GKV insgesamt	251,27	7,03	17,97	59,41	77,64	69,18	88,12	110,48
• Pflichtversichert	152,89	–	2,70	–	2,70	4,18	7,36	9,02
• Freiwillig Versichert	49,02	0,19 <sup>1</sup>	7,99	0,13	7,99	–	7,85	17,31
• Familienversichert	0,62	–	–	–	–	1,51	1,56	1,58
• Als Rentner versichert	48,75	–	0,03	–	0,03	4,26	4,44	4,53
Besondere Sicherungsformen <sup>2</sup>	2,77	0,04	0,04	0,04	0,04	0,04	0,04	0,04
PKV	42,75	–	–	9,39	16,92	9,40	16,94	27,88
Freie Heilfürsorge	1,05	0,48	0,51	0,48	0,51	0,48	0,52	0,52
Ohne Krankenversicherung	0,43	2,26	2,44	2,32	2,44	2,29	2,41	2,59
Beitragsmehreinnahmen	–	7,03	17,97	59,41	77,64	69,18	88,12	110,48
darunter:								
• eigene Beiträge <sup>3</sup>	–	2,89 (2,53)	9,07	38,01 (5,41)	49,44	47,03	59,16	75,56
• Arbeitgeber <sup>3</sup>	–	1,83 (0,25)	6,59	17,74 (12,75)	24,82	18,93	25,59	31,38
• andere	–	2,31	2,31	3,66	3,38	3,22	3,37	3,54
Leistungsmehrausgaben	–	8,2	8,2	37,4	37,4	37,4	37,4	37,4
Beitragssatzeffekt (Netto) in Prozentpunkten	–	+0,06	-0,5	-1,0	-1,8	-1,4	-2,2	-2,9

Quelle: SOEP 2001, eigene Berechnungen.

1: Aufhebung der Sonderregelungen in der studentischen Krankenversicherung und Anwendung der Beitragsregeln von freiwilligen Mitgliedern.

2: Anspruchsberechtigt über das Sozialamt.

3: Werte In Klammern, effektive Veränderung der Beiträge gegenüber dem Status Quo.

**Tabelle E5: Durchschnittliche Beitragsbelastung<sup>1</sup> nach Versicherungstypen (Modell GKV-VP1 bis Bürgerversicherung 5)**

	Status Quo	GKV-VP1	GKV-VP2	Bürgerversicherung 1	Bürgerversicherung 2	Bürgerversicherung 3	Bürgerversicherung 4	Bürgerversicherung 5
	in %	in %	in %	in %	in %	in %	in %	
GKV insgesamt	11,0	11,0	11,4	10,6	11,2	11,0	11,6	12,3
• Pflichtversichert	11,7	11,7	11,9	11,7	11,9	12,0	12,3	12,4
• Freiwillig Versichert	9,4	9,4	10,9	9,5	10,9	9,4	10,9	12,6
• Familienversichert	2,3	2,3	2,3	2,3	2,3	7,8	8,0	8,1
• Als Rentner versichert	11,0	11,0	11,1	11,0	11,1	12,0	12,1	12,1
Besondere Sicherungsformen <sup>2</sup>	11,5	11,7	11,7	11,7	11,7	11,7	11,7	11,7
PKV	7,6	7,6	7,6	9,2	10,5	9,2	10,5	12,3
Freie Heilfürsorge	7,0	10,5	10,7	10,5	10,7	10,6	10,8	10,8
Ohne Krankenversicherung	1,8	10,8	11,4	10,9	11,4	10,8	11,3	11,9

Quelle: SOEP 2001, eigene Berechnungen.

1: Als Anteil am individuellen erweiterten Markteinkommen.

2: Anspruchsberechtigt über das Sozialamt.

**Tabelle E6: Veränderung der durchschnittlichen Beitragsbelastung<sup>1</sup> nach Haushaltstypen (Modell GKV-VP1 bis Bürgerversicherung 5)**

	Status Quo	GKV-VP1	GKV-VP2	Bürgerversicherung 1	Bürgerversicherung 2	Bürgerversicherung 3	Bürgerversicherung 4	Bürgerversicherung 5
<b>Wohnbevölkerung insgesamt</b>	in %							
1-Personen Haushalt	10,4	0,1	0,4	0,5	0,9	0,9	1,4	2,0
(Ehe-)Paar ohne Kind	10,6	0,1	0,4	0,3	0,9	0,7	1,3	1,9
Alleinerziehende	10,8	0,0	0,1	-0,1	0,2	0,1	0,5	0,7
Paar + Kind < 16 Jahre	9,4	0,0	0,5	0,4	1,3	0,6	1,5	2,6
Paar + Kind > 16 Jahre	10,3	0,0	0,4	0,3	0,9	0,5	1,2	2,2
Paar + Kind <+> 16 Jahre	9,7	0,1	0,6	0,4	1,1	0,7	1,4	2,1
Sonstige Haushalte	10,6	0,2	0,3	0,4	0,8	0,8	1,2	1,4
<b>Insgesamt</b>	10,0	0,1	0,5	0,4	1,1	0,7	1,4	2,2

Quelle: SOEP 2001, eigene Berechnungen.

1: Als Anteil am erweiterten Haushaltsmarkteinkommen.

**Tabelle E7: Veränderung der Beitragseinnahmen nach Versicherungstypen (Modell Pauschalprämie-GKV1 bis Pauschalprämie 4)**

	Status Quo	Pauschal- prämie-GKV1	Pauschal- prämie-GKV2	Pauschal- prämie-GKV3	Pauschal- prämie 1	Pauschal- prämie 2	Pauschal- prämie 3	Pauschal- prämie 4
	in Mrd. DM							
GKV insgesamt	251,27	–	–	–	–	–	–	–
• Pflichtversichert	152,89	-44,74	-29,63	-17,47	-46,49	-33,26	-22,42	-61,58
• Freiwillig Versichert	49,02	-24,67	-20,79	-17,67	-25,06	-21,63	-18,82	-28,46
• Familienversichert	0,62	71,09	43,22	20,98	69,93	42,64	20,19	59,93
• Als Rentner versichert	48,75	8,71	17,92	25,33	7,78	15,93	22,62	-0,24
Besondere Sicherungsformen <sup>1</sup>	2,77	–	–	–	3,59	2,32	1,28	2,69
PKV	42,75	–	–	–	-15,30	-11,92	-9,15	-19,19
Freie Heilfürsorge	1,05	–	–	–	0,89	1,10	1,27	0,61
Ohne Krankenversicherung	0,43	–	–	–	1,57	1,78	1,96	1,28
Beitragsmehreinnahmen	–	– <sup>2</sup>	– <sup>2</sup>	– <sup>2</sup>	37,75	40,28	42,36	-44,96
Leistungsmehrausgaben	–	–	–	–	37,4	37,4	37,4	(< 37,4)
Volumen des sozialen Ausgleichs in Mrd. DM <sup>3</sup>	–	35,5 [29,3] (42,0)	31,9 [27,2] (38,9)	33,9 [30,3] (40,8)	33,3 (49,4)	29,1 (43,9 )	30,4 (43,7)	20,4 (33,9)
Anteil der Haushalte mit Ausgleichsbedarf in % <sup>3</sup>	–	33 [29] (33)	36 [32] (36)	37 [34] (37)	32 (37)	35 (39)	36 (40)	23 (28)
Durchschnittlicher sozialer Ausgleich pro Haushalt in DM / Monat <sup>3</sup>	–	73 [61] (87)	66 [56] (80)	70 [63] (84)	69 (102)	60 (91)	63 (90)	42 (70)

Quelle: SOEP 2001, eigene Berechnungen.

1: Anspruchsberechtigt über das Sozialamt.

2: Beitragsmehreinnahmen ergeben sich nicht, da vom Grundsatz her die bisherigen Beitragseinnahmen nun über Pauschalprämien finanziert werden. Die hier dargestellte Differenz ergibt sich zum einen aus einer Unterschätzung des simulierten Beitragsvolumen in Höhe von rund 6,73 Mrd. DM und einer höher ausgewiesenen Zahl von Versicherten im SOEP.

3: Einkommensbasis das erweiterte Haushalts-Markteinkommen der GKV Versicherten. Der Wert in eckigen Klammern gibt den sozialen Ausgleich auf Basis des erweiterten Haushalts-Markteinkommen aller Haushaltsmitglieder an. Der Wert in runden Klammern gibt den sozialen Ausgleich auf Basis des Haushaltsbruttoeinkommens inkl. Arbeitgeberbeiträge bzw. Beitragszuschüsse aller Haushaltsmitglieder an.

**Tabelle E8: Durchschnittliche Beitragsbelastung<sup>1</sup> nach Versicherungstypen (Modell Pauschalprämie-GKV1 bis Pauschalprämie 4)**

	Status Quo	Pauschal- prämie-GKV1		Pauschal- prämie-GKV2		Pauschal- prämie-GKV3		Pauschal- prämie 1		Pauschal- prämie 2		Pauschal- prämie 3		Pauschal- prämie 4	
		vor	nach	vor	nach	vor	nach	vor	nach	vor	nach	vor	nach	vor	nach
		sozialen Ausgleich		sozialen Ausgleich		sozialen Ausgleich		sozialen Ausgleich		sozialen Ausgleich		sozialen Ausgleich		sozialen Ausgleich	
	in %	in %		in %		in %		in %		in %		in %		in %	
GKV insgesamt	10,4	12,1	10,6	11,4	10,3	10,8	9,8								
• Pflichtversichert	11,1	11,1	10,0	10,8	10,0	10,6	9,9	10,8	9,6	10,5	9,7	10,2	9,5	9,2	8,6
• Freiwillig Versichert	9,6	8,2	7,7	8,0	7,6	7,8	7,4	7,9	7,4	7,7	7,3	7,4	7,1	6,8	6,5
• Familienversichert	9,4	14,7	12,2	12,0	10,8	9,9	9,2	14,2	11,6	11,5	10,3	9,4	8,8	12,1	10,5
• Als Rentner versichert	11,1	13,1	11,8	15,0	12,7	16,5	13,2	12,9	12,6	14,5	12,4	15,9	13,0	11,0	10,4
Besondere Sicherungsformen <sup>2</sup>	11,0							31,8	14,7	24,4	14,5	18,3	13,4	27,2	14,4
PKV	8,0							7,1	6,9	7,0	6,9	7,0	6,8	6,1	6,0
Freie Heilfürsorge	9,1							10,7	10,1	10,9	10,3	11,1	10,3	9,2	8,9
Ohne Krankenversicherung	5,6							9,5	8,6	9,3	8,6	9,1	8,4	8,2	7,7

Quelle: SOEP 2001, eigene Berechnungen.

1: Als Anteil am erweiterten Haushaltseinkommen.

2: Anspruchsberechtigt über das Sozialamt.

**Tabelle E9: Veränderung der durchschnittlichen Beitragsbelastung<sup>1</sup> nach Haushaltstypen (Modell Pauschalprämie-GKV1 bis Pauschalprämie 4)**

	Status Quo	Pauschal- prämie-GKV1		Pauschal- prämie-GKV2		Pauschal- prämie-GKV3		Pauschal- prämie 1		Pauschal- prämie 2		Pauschal- prämie 3		Pauschal- prämie 4	
		vor	nach	vor	nach	vor	nach	vor	nach	vor	nach	vor	nach	vor	nach
		sozialen Ausgleich		sozialen Ausgleich		sozialen Ausgleich		sozialen Ausgleich		sozialen Ausgleich		sozialen Ausgleich		sozialen Ausgleich	
<b>Wohnbevölkerung insgesamt</b>	in %														
1-Personen Haushalt	10,4	-1,7	-2,4	-0,6	-1,6	0,3	-1,1	-2,2	-2,9	-1,1	-2,1	-0,2	-1,6	-3,4	-3,8
(Ehe-)Paar ohne Kind	10,6	-1,5	-2,1	-0,3	-1,3	0,6	-0,7	-2,2	-2,7	-0,9	-1,8	0,1	-1,2	-3,4	-3,6
Alleinerziehende	10,8	4,2	1,3	2,5	0,7	1,2	-0,2	6,1	0,9	3,4	0,4	1,1	-0,6	3,7	0,1
Paar + Kind < 16 Jahre	9,3	4,7	2,7	2,0	1,1	-0,2	-0,5	4,1	1,9	1,4	0,5	-0,8	-1,1	2,2	0,9
Paar + Kind > 16 Jahre	10,2	-0,6	-1,0	0,0	-0,5	0,4	-0,2	-0,9	-1,3	-0,3	-0,9	0,1	-0,6	-2,2	-2,4
Paar + Kind <+> 16 Jahre	9,7	5,0	2,8	2,4	1,4	0,3	-0,1	4,8	2,5	2,2	1,2	0,0	-0,4	2,8	1,4
Sonstige Haushalte	10,6	3,5	1,1	3,0	1,3	2,6	1,3	3,3	0,9	2,8	1,0	2,3	1,0	1,3	-0,1
<b>Insgesamt</b>	10,0	1,7	0,4	1,0	0,1	0,4	-0,4	1,3	-0,2	0,5	-0,5	-0,1	-0,9	-0,3	-1,2

Quelle: SOEP 2001, eigene Berechnungen.

1: Als Anteil am erweiterten Haushaltsmarkteinkommen.

**Tabelle E10: Veränderung der Beitragseinnahmen nach Versicherungstypen (Modell GKV-Familie 1 bis GKV-Diff)**

	Status Quo	GKV-Familie1	GKV-Familie2	GKV-Familie3	GKV-Mindestbeitrag 1	GKV-Mindestbeitrag 2	GKV-Mindestbeitrag 3	GKV-Diff
	in Mrd. DM							in Mrd. DM
GKV insgesamt	251,27	15,39	13,36	10,02	8,73	7,69	6,02	7,40
• Pflichtversichert	152,89	–	–	–	–	–	–	–
• Freiwillig Versichert	49,02	–	–	–	–	–	–	0,62
• Familienversichert	0,62	15,39	13,36	10,02	8,73	7,69	6,02	–
• Als Rentner versichert	48,75	–	–	–	–	–	–	6,77
Besondere Sicherungsformen <sup>1</sup>	2,77	–	–	–	–	–	–	–
PKV	42,75	–	–	–	–	–	–	–
Freie Heilfürsorge	1,05	–	–	–	–	–	–	–
Ohne Krankenversicherung	0,43	–	–	–	–	–	–	–
Beitragsmehreinnahmen	–	15,39	13,36	10,02	8,73	7,69	6,00	7,40
darunter:								
• eigene Beiträge	–	15,39	13,36	10,02	8,73	7,69	6,00	3,96
• Arbeitgeber	–	–	–	–	–	–	–	0,02
• andere	–	–	–	–	–	–	–	3,42
Beitragssatzeffekt in Prozentpunkten	–	-0,81	-0,70	-0,53	-0,46	-0,40	-0,32	-0,39
Zahl der betroffenen Personen in Mio.	–	3,60	3,17	2,48	3,60	3,17	2,48	–

Quelle: SOEP 2001, eigene Berechnungen.

1: Anspruchsberechtigt über das Sozialamt.



**Tabelle E11: Durchschnittliche Beitragsbelastung<sup>1</sup> nach Versicherungstypen (Modell GKV-Familie 1 bis GKV-Diff)**

	Status Quo	GKV-Familie1	GKV-Familie2	GKV-Familie3	GKV-Mindestbeitrag 1	GKV-Mindestbeitrag 2	GKV-Mindestbeitrag 3	GKV-Diff
	in %	in %	in %	in %	in %	in %	in %	in %
GKV insgesamt	11,0	11,1	11,1	11,0	11,3	11,3	11,2	11,3
• Pflichtversichert	11,7	–	–	–	–	–	–	–
• Freiwillig Versichert	9,4	–	–	–	–	–	–	9,6
• Familienversichert	2,3	11,3	11,1	10,4	34,4	30,6	24,4	–
• Als Rentner versichert	11,0	–	–	–	–	–	–	12,5
Besondere Sicherungsformen <sup>2</sup>	11,5	–	–	–	–	–	–	–
PKV	7,6	–	–	–	–	–	–	–
Freie Heilfürsorge	7,0	–	–	–	–	–	–	–
Ohne Krankenversicherung	1,8	–	–	–	–	–	–	–

Quelle: SOEP 2001, eigene Berechnungen.

1: Als Anteil am individuellen erweiterten Markteinkommen (inkl. Splittinganteil bei Modell 21-23).

2: Anspruchsberechtigt über das Sozialamt.

**Tabelle E12: Veränderung der durchschnittlichen Beitragsbelastung<sup>1</sup> nach Haushaltstypen (Modell GKV-Familie 1 bis GKV-Diff)**

	Status Quo	GKV-Familie1	GKV-Familie2	GKV-Familie3	GKV-Mindestbeitrag 1	GKV-Mindestbeitrag 2	GKV-Mindestbeitrag 3	GKV-Diff
<b>Wohnbevölkerung insgesamt</b>								
1-Personen Haushalt	10,4	–	–	–	–	–	–	0,4
(Ehe-)Paar ohne Kind	10,6	0,6	0,6	0,6	0,4	0,4	0,4	0,4
Alleinerziehende	10,8	–	–	–	–	–	–	0,1
Paar + Kind < 16 Jahre	9,3	0,8	0,5	0,0	0,3	0,2	–	-0,1
Paar + Kind > 16 Jahre	10,2	0,7	0,7	0,7	0,3	0,3	0,3	–
Paar + Kind <+> 16 Jahre	9,7	1,3	1,0	0,6	0,7	0,6	0,3	–
Sonstige Haushalte	10,6	0,5	0,4	0,3	0,3	0,3	0,2	0,3
<b>Insgesamt</b>	10,0	0,7	0,6	0,4	0,4	0,3	0,2	0,2

Quelle: SOEP 2001, eigene Berechnungen.

1: Als Anteil am erweiterten Haushaltseinkommen.

**Tabelle E13: Veränderung der Beitragseinnahmen nach Versicherungstypen (Modell GKV-Risikoäquivalent und Risikoäquivalent)**

	Status Quo	GKV-Risiko- äquivalent	Risiko- äquivalent
	in Mrd. DM	in Mrd. DM	in Mrd. DM
GKV insgesamt	251,27	21,18	21,18
• Pflichtversichert	152,89	-63,97	-63,97
• Freiwillig Versichert	49,02	-24,88	-24,88
• Familienversichert	0,62	40,54	40,54
• Als Rentner versichert	48,75	69,48	69,48
Besondere Sicherungsformen <sup>1</sup>	2,77	–	2,08
PKV	42,75	–	-13,6
Freie Heilfürsorge	1,05	–	0,31
Ohne Krankenversicherung	0,43	–	1,56
Beitragsmehreinnahmen gegenüber dem Status Quo	–	21,8	32,7
Volumen des sozialen Ausgleichs in Mrd. DM <sup>2</sup>	–	72,8 [69,1] (78,0)	75,3 (87,1)
Anteil der Haushalte mit Ausgleichsbedarf in % <sup>2</sup>	–	38 [35] (40)	39 (45)
Durchschnittlicher sozialer Ausgleich pro Haushalt in DM / Monat <sup>2</sup>	–	150 [143] (161)	155 (180)

Quelle: SOEP 2001, eigene Berechnungen.

1: Anspruchsberechtigt über das Sozialamt.

2: Einkommensbasis das erweiterte Haushalts-Markteinkommen der GKV Versicherten. Der Wert in eckigen Klammern gibt den sozialen Ausgleich auf Basis des erweiterten Haushalts-Markteinkommen aller Haushaltsmitglieder an. Der Wert in runden Klammern gibt den sozialen Ausgleich auf Basis des Haushaltsbruttoeinkommens inkl. Arbeitgeberbeiträge bzw. Beitragszuschüsse aller Haushaltsmitglieder an.

**Tabelle E14: Durchschnittliche Beitragsbelastung<sup>1</sup> nach Versicherungstypen (Modell GKV-Risikoäquivalent und Risikoäquivalent)**

	Status Quo <sup>1</sup>	GKV-Risiko- äquivalent		Risiko- äquivalent	
		vor	nach	vor	nach
		sozialen Ausgleich		sozialen Ausgleich	
	in %	in %		in %	
GKV insgesamt	10,4	14,5	12,5	–	–
• Pflichtversichert	11,1	11,4	10,6	11,8	10,9
• Freiwillig Versichert	9,6	9,7	9,1	9,9	9,3
• Familienversichert	9,4	10,7	9,7	11,3	10,3
• Als Rentner versichert	11,1	29,4	14,8	29,0	14,8
Besondere Sicherungsformen <sup>2</sup>	11,0			28,5	14,8
PKV	8,0			9,6	9,1
Freie Heilfürsorge	9,1			10,9	10,1
Ohne Krankenversicherung	5,6			12,2	11,1

Quelle: SOEP 2001, eigene Berechnungen.

1: Als Anteil am erweiterten Haushaltseinkommen.

2: Anspruchsberechtigt über das Sozialamt.

**Tabelle E15: Veränderung der durchschnittlichen Beitragsbelastung nach Haushaltstypen (Modell GKV-Risikoäquivalent und Risikoäquivalent)**

	Status Quo <sup>1</sup>	GKV-Risiko- äquivalent		Risiko- äquivalent	
		vor	nach	vor	nach
<b><u>Wohnbevölkerung insgesamt</u></b>		sozialen Ausgleich		sozialen Ausgleich	
1-Personen Haushalt	10,4	0,0	-2,4	1,4	-2,6
(Ehe-)Paar ohne Kind	10,6	0,5	-1,8	1,9	-1,9
Alleinerziehende	10,8	-0,7	-1,1	1,0	-1,2
Paar + Kind < 16 Jahre	9,3	-0,6	-1,7	-1,6	-2,1
Paar + Kind > 16 Jahre	10,2	-2,5	-2,6	-1,5	-2,7
Paar + Kind <+> 16 Jahre	9,7	-1,3	-1,5	-0,8	-1,4
Sonstige Haushalte	10,6	2,6	0,6	3,8	0,9
<b>Insgesamt</b>	10,0	-1,2	-1,8	0,0	-1,9

Quelle: SOEP 2001, eigene Berechnungen.

1: Als Anteil am erweiterten Haushaltsmarkteinkommen.

**Tabelle E16: Anteil des Krankenversicherungsbeitrags am erweiterten Haushaltseinkommen (gemessen am äquivalenzgewichteten erweiterten Haushaltseinkommen) nach sozialem Ausgleich: Absolute Veränderung gegenüber dem Status Quo in Prozentpunkten**

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
	Status Quo	GKV-BG1	GKV-BG2	GKV-BG3	GKV-BG4	GKV-BG5	GKV-BG6	GKV-BG7	GKV-VP1	GKV-VP2	Bürgerversicherung1	Bürgerversicherung2	Bürgerversicherung3	Bürgerversicherung4	Bürgerversicherung5
1. Quintil	11,4	0,0	0,0	0,4	0,4	0,5	0,5	0,5	-0,0	-0,0	-0,5	-0,5	-0,1	-0,1	-0,1
2.	11,5	0,0	-0,0	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,1	0,1	0,0	0,0	0,4	0,4	0,4
3.	11,2	0,1	0,1	0,4	0,5	0,4	0,5	0,5	0,2	0,3	0,3	0,4	0,7	0,8	0,8
4.	10,7	0,4	0,5	0,2	0,6	0,3	0,7	0,8	0,1	0,5	0,4	1,0	0,7	1,3	1,5
5. Quintil	9,0	0,7	1,4	0,4	0,9	0,2	1,0	1,7	0,1	0,8	0,7	1,9	1,0	2,2	3,5
Insgesamt	10,8	0,2	0,4	0,3	0,5	0,4	0,6	0,8	0,1	0,3	0,2	0,5	0,5	0,9	1,2

	0	15	16	17	18	18a	19	20
	Status Quo	Pauschalprämie-GKV1	Pauschalprämie-GKV2	Pauschalprämie-GKV3	Pauschalprämie 1	Pauschalprämie 4	Pauschalprämie 2	Pauschalprämie 3
1. Quintil	11,4	3,5	3,7	3,5	3,4	3,1	3,5	3,2
2.	11,5	2,5	2,8	2,2	2,3	1,4	2,7	2,1
3.	11,2	1,4	1,1	0,4	1,0	-0,3	0,8	0,1
4.	10,7	-0,5	-0,9	-1,3	-1,0	-2,4	-1,4	-1,7
5. Quintil	9,0	-2,1	-2,1	-2,1	-3,0	-3,9	-2,9	-2,8
Insgesamt	10,8	0,9	0,9	0,5	0,5	-0,5	0,5	0,1

	0	21	22	23	24	25	26	27	28	29
	Status Quo	GKV-Familie 1	GKV-Familie 2	GKV-Familie 3	GKV-Mindestbeitrag 1	GKV-Mindestbeitrag 2	GKV-Mindestbeitrag 3	GKV-Diff	GKV-Risikoäquivalent	Risikoäquivalent
1. Quintil	11,4	0,6	0,5	0,4	1,6	1,4	1,1	0,6	2,9	2,9
2.	11,5	0,9	0,7	0,4	0,6	0,5	0,3	0,6	0,8	1,1
3.	11,2	0,9	0,8	0,5	0,5	0,4	0,3	0,3	-1,4	-1,2
4.	10,7	0,7	0,6	0,4	0,3	0,2	0,2	0,1	-2,7	-2,7
5. Quintil	9,0	0,5	0,4	0,3	0,1	0,1	0,1	0,1	-3,3	-3,9
Insgesamt	10,8	0,7	0,5	0,4	0,6	0,5	0,4	0,3	-0,8	-0,8

Quelle: SOEP 2001, eigene Berechnungen.

**Tabelle E17: Anteil des Krankenversicherungsbeitrags am erweiterten Haushaltsmarkteinkommen nach Haushaltsgröße (gemessen am äquivalenzgewichteten erweiterten Haushaltsmarkteinkommen) nach sozialem Ausgleich: Absolute Veränderung gegenüber dem Status Quo in Prozentpunkten**

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
	Status Quo	GKV-BG1	GKV-BG2	GKV-BG3	GKV-BG4	GKV-BG5	GKV-BG6	GKV-BG7	GKV-VP1	GKV-VP2	Bürgerversicherung1	Bürgerversicherung2	Bürgerversicherung3	Bürgerversicherung4	Bürgerversicherung5
1 Person	10,4	0,3	0,5	0,4	0,7	0,4	0,7	1,0	0,1	0,4	0,5	0,9	0,9	1,4	2,0
2 Personen	10,6	0,3	0,6	0,4	0,7	0,4	0,7	1,0	0,1	0,4	0,4	0,9	0,7	1,3	1,9
3 Personen	10,2	0,4	0,8	0,2	0,6	0,3	0,6	1,0	0,1	0,5	0,5	1,2	0,7	1,4	2,2
4 Personen	9,6	0,5	1,1	0,1	0,6	0,2	0,7	1,3	0,1	0,6	0,4	1,2	0,6	1,4	2,5
5 Personen	9,2	0,5	1,0	0,2	0,7	0,3	0,9	1,5	0,0	0,6	0,2	1,0	0,5	1,4	2,4
6 Personen	8,8	0,6	1,4	0,4	1,0	0,5	1,1	1,9	0,1	0,8	0,5	1,3	1,0	1,8	2,7
7 und mehr	9,2	0,6	1,2	0,2	0,8	0,4	1,0	1,7	0,0	0,6	0,2	0,8	0,5	1,1	1,8
Insgesamt	10,8	0,2	0,4	0,3	0,5	0,4	0,6	0,8	0,1	0,3	0,2	0,5	0,5	0,9	1,2

	0	15	16	17	18	18a	19	20
	Status Quo	Pauschalprämie-GKV1	Pauschalprämie-GKV2	Pauschalprämie-GKV3	Pauschalprämie 1	Pauschalprämie 4	Pauschalprämie 2	Pauschalprämie 3
1 Person	10,4	-2,4	-1,6	-1,1	-3,0	-3,8	-2,2	-1,6
2 Personen	10,6	-1,8	-1,1	-0,7	-2,4	-3,4	-1,7	-1,2
3 Personen	10,2	-0,1	-0,3	-0,5	-0,7	-1,8	-0,8	-1,0
4 Personen	9,6	1,9	0,7	-0,5	1,4	0,3	0,3	-0,9
5 Personen	9,2	3,7	2,2	0,4	3,1	2,2	1,8	-0,1
6 Personen	8,8	4,6	3,1	0,7	4,5	3,6	2,9	0,5
7 und mehr	9,2	5,6	4,2	1,7	5,4	5,1	4,0	1,5
Insgesamt	10,8	0,9	0,9	0,5	0,5	-0,4	0,5	0,1

**noch Tabelle E17:**

	0	21	22	23	24	25	26	27	28	29
	Status Quo	GKV-Familie 1	GKV-Familie 2	GKV-Familie 3	GKV-Mindestbeitrag 1	GKV-Mindestbeitrag 2	GKV-Mindestbeitrag 3	GKV-Diff	GKV-Risiko-äquivalent	Risiko-äquivalent
1 Person	10,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,4	-2,4	-2,6
2 Personen	10,6	0,6	0,6	0,6	0,4	0,4	0,4	0,4	-1,7	-1,9
3 Personen	10,2	0,7	0,6	0,5	0,3	0,3	0,2	0,1	-2,4	-2,8
4 Personen	9,6	0,8	0,6	0,3	0,4	0,3	0,2	0,0	-2,1	-2,2
5 Personen	9,2	1,2	0,9	0,4	0,6	0,5	0,2	0,0	-0,3	-0,5
6 Personen	8,8	1,0	0,7	0,2	0,6	0,5	0,1	0,0	0,4	0,7
7 und mehr	9,2	2,1	0,7	0,5	1,1	0,6	0,4	0,1	2,5	2,8
Insgesamt	10,8	0,7	0,5	0,4	0,6	0,5	0,4	0,3	-0,8	-0,8

Quelle: SOEP 2001, eigene Berechnungen.

**Tabelle E18: Veränderter Solidaritätszuschlag zur Gegenfinanzierung des sozialen Ausgleich**

Solidaritätszuschlag in %

0	15	16	17	18	18a	19	20	28	29	30
Status Quo	Pauschal-prämie-GKV1	Pauschal-prämie-GKV2	Pauschal-prämie-GKV3	Pauschal-prämie 1	Pauschal-prämie 4	Pauschal-prämie 2	Pauschal-prämie 3	GKV-Risiko-äquivalent	Risiko-äquivalent	Steuer
5,5	7,0	6,9	7,4	9,1	5,5	8,0	7,5	16,0	18,2	65,5

Quelle: SOEP 2001, eigene Berechnungen.

**Tabelle E19: Veränderung des verfügbaren Haushaltsnettoeinkommens gegenüber dem Status Quo**

Modell	Status Quo	GKV-BG1	GKV-BG2	GKV-BG3	GKV-BG4	GKV-BG5	GKV-BG6	GKV-BG7	GKV-VP1	GKV-VP2	Bürger-versicherung1	Bürger-versicherung2	Bürger-versicherung3	Bürger-versicherung4	Bürger-versicherung5	Pauschal-prämie-GKV1
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
<b>Insgesamt</b>	49747	-17	-47	-89	-97	-105	-111	-148	-72	-85	147	115	79	49	-27	-208
<b>1. Dezil</b>	11710	18	38	-37	-14	-39	-16	4	-11	9	94	122	126	158	191	18
<b>2. Dezil</b>	20843	47	97	-78	-21	-74	-17	32	-8	41	135	203	77	151	229	-149
<b>3. Dezil</b>	27211	76	154	-44	42	-39	47	121	-25	54	205	311	178	288	403	149
<b>4. Dezil</b>	33053	100	202	-78	38	-74	42	141	-51	55	208	351	146	295	451	573
<b>5. Dezil</b>	39394	116	238	-61	71	-57	75	192	-47	75	237	406	183	358	543	487
<b>6. Dezil</b>	46552	89	224	-133	-37	-131	-33	100	-46	48	272	431	131	291	517	-49
<b>7. Dezil</b>	55140	56	204	-120	-45	-132	-55	89	-70	-6	154	261	55	167	427	-722
<b>8. Dezil</b>	65409	57	222	-88	-19	-86	-14	140	-146	-78	205	294	148	232	521	-586
<b>9. Dezil</b>	79338	-124	-48	-101	-216	-130	-239	-185	-114	-232	133	-23	68	-91	103	-595
<b>10. Dezil</b>	118653	-607	-1797	-154	-766	-290	-900	-2115	-209	-822	-59	-1089	-212	-1249	-3536	-1631

Modell	Status Quo	Pauschal-prämie-GKV2	Pauschal-prämie-GKV3	Pauschal-prämie 1	Pauschal-prämie 4	Pauschal-prämie 2	Pauschal-prämie 3	GKV-Familie 1	GKV-Familie 2	GKV-Familie 3	GKV-Mindest-beitrag 1	GKV-Mindest-beitrag 2	GKV-Mindest-beitrag 3	GKV-Diff	GKV-Risiko-äquivalent	Risiko-äquivalent	Steuer
	0	16	17	18	18a	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
<b>Insgesamt</b>	49747	-224	-249	54	1138	110	124	-169	-150	-115	-81	-62	-48	1	-483	-255	34
<b>1. Dezil</b>	11710	-2	-20	260	417	392	260	9	6	3	-35	-24	-10	-35	55	417	1691
<b>2. Dezil</b>	20843	-271	-315	12	283	-117	-164	29	21	7	-48	-43	-48	-69	-37	107	2705
<b>3. Dezil</b>	27211	-200	-426	319	741	5	-220	38	23	-1	-53	-52	-66	-71	20	129	2650
<b>4. Dezil</b>	33053	323	114	705	1188	484	324	46	26	1	-46	-40	-48	-43	298	397	2399
<b>5. Dezil</b>	39394	310	170	583	1242	436	349	-35	-44	-42	-81	-73	-61	-43	162	169	2477
<b>6. Dezil</b>	46552	-347	-478	179	1045	-124	-214	-156	-141	-125	-126	-97	-84	-17	-289	-191	2198
<b>7. Dezil</b>	55140	-889	-874	-424	617	-571	-483	-373	-327	-193	-242	-202	-124	14	-721	-550	1901
<b>8. Dezil</b>	65409	-477	-313	-281	1207	-145	145	-310	-250	-175	-137	-96	-69	66	-559	-394	753
<b>9. Dezil</b>	79338	-203	21	-117	1831	239	611	-360	-330	-251	-112	-91	-77	96	-682	-339	-2213
<b>10. Dezil</b>	118653	-841	-586	-581	2428	209	740	-576	-486	-372	-93	-63	-56	106	-3392	-2536	-14105

Quelle: SOEP 2001, eigene Berechnungen. Population: Haushalte, Dezile konstant gehalten.



**Tabelle E20: Durchschnittliche Steuerquote bezogen aufs Total-Income**  
(Lohn- und Einkommensteuer inkl. Solidaritätszuschlag inkl. Arbeitgeberbeitrag)

Modell	Status Quo	GKV-BG1	GKV-BG2	GKV-BG3	GKV-BG4	GKV-BG5	GKV-BG6	GKV-BG7	GKV-VP1	GKV-VP2	Bürger-versicherung1	Bürger-versicherung2	Bürger-versicherung3	Bürger-versicherung4	Bürger-versicherung5	Pauschal-prämie-GKV1
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
Insgesamt	14,2	14,2	14,2	14,2	14,2	14,2	14,2	14,2	14,2	14,2	14,2	14,2	14,2	14,2	14,2	15,6
1. Dezil	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
2. Dezil	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5	1,9
3. Dezil	5,5	5,5	5,5	5,5	5,5	5,5	5,5	5,5	5,5	5,5	5,5	5,5	5,5	5,5	5,6	6,4
4. Dezil	8,6	8,6	8,6	8,6	8,6	8,6	8,6	8,6	8,6	8,6	8,6	8,6	8,6	8,6	8,7	9,8
5. Dezil	9,3	9,3	9,3	9,3	9,3	9,3	9,3	9,3	9,3	9,3	9,3	9,4	9,3	9,4	9,4	10,5
6. Dezil	10,2	10,2	10,2	10,2	10,2	10,2	10,2	10,2	10,2	10,2	10,2	10,3	10,2	10,3	10,3	11,5
7. Dezil	10,9	11,0	11,0	10,9	11,0	10,9	11,0	11,0	10,9	10,9	11,0	11,0	11,0	11,0	11,0	12,4
8. Dezil	13,4	13,4	13,4	13,4	13,4	13,4	13,4	13,4	13,4	13,4	13,4	13,4	13,4	13,4	13,5	15,1
9. Dezil	16,5	16,5	16,5	16,5	16,5	16,5	16,5	16,5	16,5	16,5	16,5	16,5	16,5	16,5	16,6	18,3
10. Dezil	23,1	23,1	23,0	23,1	23,1	23,1	23,1	23,0	23,1	23,0	23,0	23,0	23,1	23,0	22,9	24,7

Modell	Status Quo	Pauschal-prämie-GKV2	Pauschal-prämie-GKV3	Pauschal-prämie 1	Pauschal-prämie 4	Pauschal-prämie 2	Pauschal-prämie 3	GKV-Familie 1	GKV-Familie 2	GKV-Familie 3	GKV-Mindest-beitrag 1	GKV-Mindest-beitrag 2	GKV-Mindest-beitrag 3	GKV-Diff	GKV-Risiko-äquivalent	Risiko-äquivalent	Steuer
	0	16	17	18	18a	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
Insgesamt	14,2	15,5	15,6	15,9	15,4	15,7	15,6	14,2	14,2	14,2	14,2	14,2	14,2	14,2	16,9	17,2	24,3
1. Dezil	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1
2. Dezil	1,5	1,8	1,8	1,9	1,8	1,9	1,8	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5	2,0	2,1	3,0
3. Dezil	5,5	6,4	6,4	6,5	6,3	6,4	6,4	5,5	5,5	5,5	5,5	5,5	5,5	5,5	6,9	7,0	10,1
4. Dezil	8,6	9,7	9,7	9,9	9,6	9,8	9,7	8,6	8,6	8,6	8,6	8,6	8,6	8,6	10,5	10,7	15,2
5. Dezil	9,3	10,4	10,5	10,7	10,3	10,5	10,5	9,3	9,3	9,3	9,3	9,3	9,3	9,3	11,3	11,5	16,5
6. Dezil	10,2	11,4	11,5	11,7	11,4	11,6	11,5	10,2	10,2	10,2	10,2	10,2	10,2	10,2	12,5	12,7	18,2
7. Dezil	10,9	12,3	12,4	12,6	12,2	12,5	12,4	11,0	11,0	11,0	11,0	11,0	11,0	10,9	13,4	13,6	19,5
8. Dezil	13,4	15,0	15,0	15,3	14,8	15,1	15,0	13,4	13,4	13,4	13,4	13,4	13,4	13,4	16,2	16,5	23,5
9. Dezil	16,5	18,2	18,3	18,6	18,0	18,4	18,3	16,6	16,6	16,5	16,5	16,5	16,5	16,5	19,7	20,1	28,4
10. Dezil	23,1	24,5	24,6	25,1	24,2	24,8	24,7	23,1	23,1	23,1	23,1	23,1	23,1	23,1	26,6	27,1	38,2

Quelle: SOEP 2001, eigene Berechnungen.

**Tabelle E21: Belastungsquote durch Krankenversicherungsbeiträge bezogen aufs Total-Income**

(Lohn- und Einkommensteuer inkl. Solidaritätszuschlag inkl. Arbeitgeberbeitrag und sozialem Ausgleich)

Modell	Status Quo	GKV-BG1	GKV-BG2	GKV-BG3	GKV-BG4	GKV-BG5	GKV-BG6	GKV-BG7	GKV-VP1	GKV-VP2	Bürger-versicherung1	Bürger-versicherung2	Bürger-versicherung3	Bürger-versicherung4	Bürger-versicherung5	Pauschal-prämie-GKV1
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
<b>Insgesamt</b>	10,2	10,2	10,2	10,2	10,2	10,2	10,2	10,2	10,3	10,3	9,9	9,9	9,9	9,9	9,9	7,5
<b>1. Dezil</b>	12,5	12,3	12,0	12,7	12,4	12,7	12,4	12,2	12,5	12,2	11,2	10,9	11,2	10,7	10,3	10,3
<b>2. Dezil</b>	12,2	11,8	11,5	12,4	12,0	12,4	11,9	11,6	12,3	11,8	11,3	10,8	11,5	11,0	10,4	11,4
<b>3. Dezil</b>	12,0	11,6	11,2	12,0	11,6	12,0	11,6	11,2	12,1	11,7	11,1	10,6	11,1	10,5	9,9	9,9
<b>4. Dezil</b>	11,9	11,5	11,1	12,0	11,5	11,9	11,5	11,1	12,1	11,6	11,1	10,6	11,1	10,6	10,0	8,5
<b>5. Dezil</b>	11,8	11,4	11,0	11,8	11,3	11,7	11,3	10,9	11,9	11,5	11,0	10,4	11,0	10,4	9,8	8,8
<b>6. Dezil</b>	11,3	11,1	10,7	11,4	11,2	11,4	11,1	10,8	11,4	11,2	10,7	10,2	10,8	10,4	9,8	8,8
<b>7. Dezil</b>	11,0	10,8	10,5	11,0	10,8	11,0	10,8	10,5	11,1	10,9	10,6	10,4	10,7	10,4	9,8	9,0
<b>8. Dezil</b>	10,9	10,8	10,5	10,9	10,8	10,9	10,7	10,5	11,1	11,0	10,5	10,4	10,5	10,3	9,8	8,5
<b>9. Dezil</b>	10,1	10,3	10,1	10,0	10,2	10,1	10,2	10,1	10,2	10,4	10,0	10,2	9,9	10,1	9,8	7,0
<b>10. Dezil</b>	7,5	8,0	8,9	7,5	8,0	7,6	8,1	9,0	7,7	8,2	7,7	8,5	7,7	8,5	10,0	4,5

Modell	Status Quo	Pauschal-prämie-GKV2	Pauschal-prämie-GKV3	Pauschal-prämie 1	Pauschal-prämie 4	Pauschal-prämie 2	Pauschal-prämie 3	GKV-Familie 1	GKV-Familie 2	GKV-Familie 3	GKV-Mindest-beitrag 1	GKV-Mindest-beitrag 2	GKV-Mindest-beitrag 3	GKV-Diff	GKV-Risiko-äquivalent	Risiko-äquivalent	Steuer
	0	16	17	18	18a	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
<b>Insgesamt</b>	10,2	7,6	7,6	8,4	7,5	8,6	8,6	10,2	10,2	10,2	10,2	10,2	10,2	10,2	6,7	7,6	0,0
<b>1. Dezil</b>	12,5	10,4	10,3	10,5	10,6	10,6	10,5	12,3	12,3	12,4	13,1	13,0	12,9	13,0	9,9	10,2	0,0
<b>2. Dezil</b>	12,2	11,9	12,0	11,8	10,8	12,3	12,5	11,9	11,9	12,0	12,3	12,3	12,3	12,7	10,7	11,2	0,0
<b>3. Dezil</b>	12,0	10,9	11,5	10,1	9,1	11,1	11,7	11,7	11,7	11,9	12,0	12,0	12,1	12,4	9,8	10,2	0,0
<b>4. Dezil</b>	11,9	9,1	9,5	9,0	8,3	9,6	10,1	11,6	11,7	11,8	11,9	11,9	11,9	12,1	8,3	8,9	0,0
<b>5. Dezil</b>	11,8	9,2	9,4	9,3	8,4	9,7	9,9	11,6	11,7	11,7	11,8	11,8	11,8	11,9	8,6	9,2	0,0
<b>6. Dezil</b>	11,3	9,3	9,5	9,5	8,5	10,1	10,3	11,3	11,4	11,4	11,4	11,4	11,4	11,4	8,2	9,2	0,0
<b>7. Dezil</b>	11,0	9,3	9,3	9,8	8,9	10,2	10,1	11,2	11,2	11,1	11,1	11,1	11,0	10,9	8,1	9,0	0,0
<b>8. Dezil</b>	10,9	8,5	8,2	9,3	8,2	9,3	9,1	11,0	11,0	10,9	10,9	10,9	10,9	10,8	7,3	8,2	0,0
<b>9. Dezil</b>	10,1	6,7	6,5	8,1	7,1	8,0	7,8	10,2	10,2	10,1	10,0	10,0	10,0	9,9	5,6	6,8	0,0
<b>10. Dezil</b>	7,5	4,2	4,0	5,9	5,1	5,7	5,6	7,7	7,7	7,6	7,5	7,5	7,5	7,4	3,5	4,9	0,0

Quelle: SOEP 2001, eigene Berechnungen.

**Tabelle E22: Veränderung des verfügbaren Haushaltsnettoeinkommens gegenüber dem Status Quo von Alleinlebenden und Familien**

	Haushalte mit Alleinlebenden						Familienhaushalte mit 2 Erwachsenen und 2 Kindern					
Modell	Status Quo	Bürger-versicherung <sup>4</sup>	Pauschal-prämie 3	Pauschal-prämie 4	Risiko-äquivalent	Steuer	Status Quo	Bürger-versicherung <sup>4</sup>	Pauschal-prämie 3	Pauschal-prämie 4	Risiko-äquivalent	Steuer
	0	13	20	18a	29	30	0	13	20	18a	29	30
<b>Insgesamt</b>	30318	19	366	1482	177	136	67763	-65	-50	-2012	-1131	-2098
<b>1. Dezil</b>	12065	152	159	318	336	1752	9749	432	400	399	399	924
<b>2. Dezil</b>	20813	152	-327	231	7	2662	21139	7	108	108	108	2108
<b>3. Dezil</b>	27127	273	-373	968	83	2321	27611	-322	362	287	243	2796
<b>4. Dezil</b>	33034	270	572	2051	662	1430	32712	80	1028	721	784	3721
<b>5. Dezil</b>	39151	375	1539	3110	952	128	40323	270	-290	-922	-749	3629
<b>6. Dezil</b>	46087	-46	1717	3334	620	-2094	46872	505	-968	-1631	-995	3597
<b>7. Dezil</b>	54722	-1023	1269	2958	-327	-5038	55100	578	-719	-2485	-674	2315
<b>8. Dezil</b>	64621	-2289	1030	2850	-1985	-10152	65483	276	-71	-2812	-602	486
<b>9. Dezil</b>	77507	-2408	866	2767	-1960	-15536	79293	-179	441	-2479	-1126	-3267
<b>10. Dezil</b>	128146	-2551	1189	4482	-7957	-48873	120011	-1653	414	-1934	-3462	-16802
<b>N</b>	3048						1112					

Quelle: SOEP 2001, eigene Berechnungen. Population: Haushalte, Einkommensdezile der Gesamtbevölkerung konstant gehalten.

**Tabelle E23: Veränderung des verfügbaren Haushaltsnettoeinkommens gegenüber dem Status Quo nach Haushaltsgröße**

Modell	Status Quo	Bürger-versicherung <sup>4</sup>	Pauschal-prämie 3	Pauschal-prämie 4	Risiko-äquivalent	Steuer
Haushaltsgröße	0	13	20	18a	29	30
Insgesamt	49747	49	124	1138	-255	34
1 Person	30318	19	366	1482	177	136
2 Personen	53975	93	167	2028	-337	843
3 Personen	64359	88	19	981	-85	-482
4 Personen	73597	0	-331	-1136	-960	-1641
5 und mehr	76217	-3	-766	-2605	-2393	-962
N	11938					

Quelle: SOEP 2001, eigene Berechnungen. Population: Haushalte.

**Tabelle E24: Veränderung des verfügbaren Haushaltsnettoeinkommens gegenüber dem Status Quo als Anteil vom verfügbaren Einkommen**

Modell						
	Status Quo	Bürger-versicherung <sup>4</sup>	Pauschal-prämie 3	Pauschal-prämie 4	Risiko-äquivalent	Steuer
	0	13	20	18a	29	30
<b>Percentil</b>						
<b>Mittelwert</b>	–	<b>0,5</b>	<b>0,3</b>	<b>2,3</b>	<b>0,1</b>	<b>4,7</b>
Maximum	–	193,8	178,5	178,4	178,4	230,6
95. Percentil	–	2,4	9,5	11,7	10,5	17,4
<b>90. Percentil</b>	–	<b>1,6</b>	<b>6,2</b>	<b>9,6</b>	<b>6,6</b>	<b>14,6</b>
80. Percentil	–	1,3	3,9	7,3	3,2	14,0
70. Percentil	–	1,2	1,8	5,0	0,8	12,5
60. Percentil	–	1,0	0,3	3,8	-1,1	10,0
50. Percentil	–	0,8	-0,7	2,3	-2,7	5,6
40. Percentil	–	0,5	-1,7	1,1	-2,8	2,3
30. Percentil	–	0,0	-2,6	-0,1	-3,1	-1,8
20. Percentil	–	-1,1	-2,8	-2,2	-4,5	-7,8
<b>10. Percentil</b>	–	<b>-2,2</b>	<b>-4,2</b>	<b>-3,3</b>	<b>-6,7</b>	<b>-12,9</b>
5. Percentil	–	-4,1	-6,3	-6,2	-8,3	-14,9
1. Percentil	–	-35,1	-48,7	-49,5	-48,6	-57,1
Minimum	–	-35,1	-48,7	-49,5	-48,6	-57,1
<b>N</b>	11938					

Quelle: SOEP 2001, eigene Berechnungen. Population: Haushalte.

# Differenzierte Betrachtung der Auswirkungen einer Einführung eines Modells der Bürgerversicherung bzw. eines Pauschalprämienmodells nach verschiedenen sozio-demographischen Merkmalen

## 1 Problemstellung

In der politischen und vor allem in der wissenschaftlichen Diskussion werden derzeit vor allem zwei alternative Finanzierungsmodelle einer reformierten Krankenversicherung thematisiert (vgl. BMGS 2003c). Dies ist das Modell einer Bürgerversicherung mit einer Finanzierung über einkommensabhängige Beiträge und das Pauschalprämienmodell mit einer Finanzierung über einkommensunabhängige Prämien.

Ziel dieses Unterkapitels ist es, diese beiden alternativen Finanzierungsmodelle einer reformierten Krankenversicherung miteinander zu vergleichen und in Beziehung zum Status Quo zu setzen.<sup>417</sup> Von besonderem Interesse sind dabei die Auswirkungen einer Finanzierung über einkommensunabhängige Prämien auf die Haushaltseinkommen der bisher Pflichtversicherten bzw. der neu in die GKV einzubeziehenden Gruppen.

### 1.1 Modellvarianten von Reformen der Finanzierung von Krankenversicherungsschutz

Hier wurden neben einer Status Quo Simulation drei alternative Finanzierungsmodelle durchgerechnet (vgl. Übersicht A1). Dies sind das Modell einer Bürgerversicherung mit einer Finanzierung über einkommensabhängige Beiträge und zwei Varianten eines Pauschalprämienmodells mit einer Finanzierung über einkommensunabhängige Prämien. Für die entsprechenden Modellparameter in den Reformmodellen vergleiche die folgende Übersicht A2. Abweichend zu den oben durchgeführten Modellrechnungen wurden hier verschiedene Parameter variiert, um die Sensitivität der oben erzielten Ergebnisse zu prüfen.

---

<sup>417</sup> Die Modellvarianten einer vollständig steuerfinanzierten Gesundheitsversorgung und die rein privatwirtschaftlich organisierte Gesundheitsversorgung mit risikoäquivalenten Prämien werden ungerechtfertigterweise in der politischen Diskussion nicht berücksichtigt und werden daher in der folgenden Betrachtung vernachlässigt.

### Übersicht A1: Modellvarianten von Reformen der Finanzierung von Krankenversicherungsschutz

Modell	Kurzname	Beschreibung
0	Status Quo	<b>Status Quo:</b> Rahmenbedingungen wie im Jahr 2001; Rechtsstand 1.1.2001
1	Bürger-V	<b>Bürgerversicherung:</b> allgemeine Versicherungspflicht in der GKV für die gesamte Wohnbevölkerung, Beitragsregelungen der besteh. GKV
2A	Pauschal-A	<b>Pauschalprämienmodell:</b> allgemeine Versicherungspflicht in der GKV mit einkommensunabhängigen Prämien und Beitragsfreiheit für Kinder bis zu 20 Jahren und einer max. Beitragsbelastung für den sozialen Ausgleichsbedarf von 12,7%
2B	Pauschal-B	<b>Pauschalprämienmodell</b> wie Modell 2a, aber bei einer max. Beitragsbelastung für den sozialen Ausgleichsbedarf von 14,0%

### Übersicht A2: Modellparameter in den Reformmodellen

<b>Status Quo:</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rahmenbedingungen wie im Jahr 2001</li> <li>• Rechtsstand: Versicherungsstatus 01.01.2001, Bemessungsgrundlage 31.12.2000</li> </ul>
<b>Bürgerversicherungsmodell:</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Versicherungspflicht für die gesamte Wohnbevölkerung</li> <li>• Kinder (bis 20 Jahre) sind beitragsfrei mitversichert.</li> <li>• Der Leistungskatalog der GKV entspricht dem Status quo (Rechtsstand 2001).</li> <li>• Finanzierung erfolgt über einkommensabhängige Beiträge.</li> <li>• Beitragsbemessungsgrundlage sind alle Einkünfte im Sinne des Steuerrechts.</li> <li>• Die Finanzierung der Beiträge für Erwerbstätige bzw. Beamte erfolgt hälftig durch Arbeitgeber und Arbeitnehmer bzw. Dienstherrn und Beamten. Für die Beamten werden, wie im Alternativmodell auch, die bisherigen durchschnittlichen Beihilfeaufwendungen herangezogen. Es gelten die Beitragsregelungen für freiwillig Versicherte in der GKV.</li> </ul>
<b>Pauschalprämienmodell:</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Versicherungspflicht für die gesamte Wohnbevölkerung</li> <li>• Kinder (bis 20 Jahre) sind beitragsfrei mitversichert.</li> <li>• Der Leistungskatalog der GKV entspricht dem Status quo (Rechtsstand 2001).</li> <li>• Die Einkommensumverteilung erfolgt über das Steuer- und Transfersystem.</li> <li>• Der Arbeitgeberbeitrag und Beitragszuschüsse werden einmalig als steuerpflichtiger Einkommensbestandteil ausgezahlt.</li> <li>• Die Bezüge der beihilfeberechtigten Beamten und Versorgungsempfänger werden aufgestockt um die durchschnittlichen Beihilfeaufwendungen, die heute anfallen.</li> <li>• Die Belastungsobergrenze, ab der ein Anspruch auf Prämiensubvention besteht, liegt bei 12,7 % (bzw. 14,0 bei Modell 2B) der Bemessungsgrundlage</li> <li>• Die Bemessungsgrundlage zur Bestimmung des Bedarfs and sozialem Ausgleich umfasst das gesamte steuerpflichtige Haushaltsbruttoeinkommen inkl. ausbezahltem Arbeitgeberanteil und von Beitragszuschüssen einschließlich staatlicher Sozialtransfers aber ohne laufende Hilfe zum Lebensunterhalt, einmalige Hilfe zum Lebensunterhalt, Wohngeld, Kindergeld und Leistungen der Pflegeversicherung.</li> <li>• Die Gegenfinanzierung des Einkommensausgleichs über das Steuer- und Transfersystem erfolgt durch die Besteuerung des ausgeschütteten Arbeitgeberbeitrags und der Beitragszuschüsse und – so erforderlich – durch die Anhebung des Solidaritätszuschlags.</li> </ul>

## **1.2 Bestimmung einer hypothetischen durchschnittlichen Pauschalprämie und des Bedarfs für den sozialen Ausgleich**

Abweichend von den oben durchgeführten Modellrechnungen soll hier das Beitragsvolumen für Kinder und Jugendliche nicht innerhalb der Krankenversicherung umverteilt, sondern vollständig separat über das Steuersystem finanziert werden. Daher besteht in dieser Modellvariante nur Beitragspflicht für Erwachsene. Trotz allem kann muss der Beitragsanteil der Kinder und Jugendlichen hier auch bestimmt werden, um das notwendige Beitragsvolumen abzuschätzen.

Folgende Überlegungen sollen gelten: Die ordnungspolitische Idee einer versicherungsspezifischen Pauschalprämie besteht darin, dass Versicherte zwischen unterschiedlich teuren (bzw. unterschiedlich effizienten) standardisierten Versicherungen wählen und dass durch diesen Wettbewerb Kosten gemindert werden und Qualität verbessert wird. Die Unterschiede der Pauschalprämien zwischen den einzelnen Versicherungen können hier nicht simuliert werden. Für das Verständnis der Finanzierungs- und Verteilungswirkungen eines Pauschalprämienmodells spielt das aber insoweit keine Rolle, da die Differenzen im Fall einer Realisierung zwar merklich sein würden, aber durch den Versicherungswettbewerb in Grenzen gehalten werden dürften.

Im Jahre 2001 machten die gesamten Leistungsaufwendungen für die Versicherten in der GKV 138,8 Mrd. € aus, wovon 131,9 Mrd. € aus Beiträgen der Mitglieder finanziert wurden. Weitere rund 4,1 Mrd. € speisten sich aus sonstigen Einnahmen, wobei hier unter anderem auch Zinsgewinne oder Strafen enthalten waren. Bliebe diese Finanzierungsstruktur und auch das Leistungsrecht unverändert, würde sich bei einer Versicherungszahl von rund 71 Mio. Personen eine rein rechnerische Pauschalprämie von ca. 155 €/Monat für jeden Versicherten ergeben.

Bei Einführung einer allgemeinen Krankenversicherungspflicht für die gesamte Wohnbevölkerung lässt sich wiederum eine rein hypothetische Pauschalprämie berechnen. Weist man der gesamten Wohnbevölkerung die alters- und geschlechtsstandardisierten Ausgabenprofile des Risikostrukturausgleiches (RSA)<sup>418</sup> zu, so lässt sich auf der Basis

---

418 Im RSA sind nur die ausgleichsfähigen Leistungen enthalten, freiwillige Satzungsleistungen (Mütterkuren, Haushaltshilfen etc.) und Verwaltungskosten sind darin nicht enthalten. Die errechneten Gesamtausgaben werden deshalb pauschal um 7,2% erhöht. Quelle: Nicht veröffentlichte Angaben des Bundesversicherungsamtes.



des auf diese Weise geschätzten Leistungsvolumens eine allgemeine Pauschalprämie errechnen, die sich für alle Erwachsenen ab 20 Jahren auf 174,50 € monatlich belaufen würde (vgl. Übersicht A3).

### Übersicht A3: Prämienhöhe in den Varianten eines Pauschalprämienmodells

Versichertenkreis / Art des Prämienmodells	Prämien pro Monat und Person	
<u>Gesamtbevölkerung</u>		
allgemeine Pauschalprämie mit Beitragsfreiheit für Kinder und Jugendliche	alle Erwachsene:	174,50 €
<i>Nachrichtlich:</i> unterstellter Kinderbeitrag, vollständig über die Steuer finanziert	Kinder:	69,00 €
Quellen: SOEP; eigene Berechnungen.		

Für Kinder und Jugendliche bis zu einem Alter von 20 Jahren wird hier eine vollständige Beitragsfreiheit unterstellt. Dieses Ausgabenvolumen stellt nach den hier unterstellten Modellannahmen eine staatliche Ausgabe dar und wird separat über das Steuersystem finanziert. Die durchschnittlichen Leistungsausgaben für Kinder und Jugendliche beliefen sich nach den Angaben des RSA auf insgesamt 14,2 Mrd. € (dies würde einer Pauschalprämie von 69 €/Monat pro Kind entsprechen).

### 1.3 Bestimmung des Bedarfs für den sozialen Ausgleich in den Pauschalprämienmodellen

Der Bedarf für den sozialen Ausgleich speist sich in den hier unterstellten Modellvarianten aus drei verschiedenen Quellen. Primär ergibt sich ein Bedarf für den sozialen Ausgleich aus einer normativ festgelegten maximalen Beitragsbelastung von hier nicht mehr als 12,7% der unterstellten Bemessungsgrundlage.<sup>419</sup> In der Modellvariante 2a ergibt sich für das Jahr 2001 damit ein Volumen von 18,54 Mrd. € (vgl. Tabelle A1).

Als zweite Quelle für den Bedarf an sozialem Ausgleich ist die generelle Beitragsfreiheit für Kinder bis zu einem Alter von 20 Jahren in den Varianten "Pauschal-A" und "Pauschal-B" des hier unterstellten Pauschalprämienmodells zu nennen. Weist man

<sup>419</sup> Die Variation der maximalen Belastungsobergrenze verdeutlicht die Veränderung des sozialen Ausgleichs durch diese Alternative im Vergleich zu den oben durchgeführten Modellrechnungen. Die Festlegung auf 12,7% orientiert sich dabei an die Beitragssatzhöhe, die nach Einführung der aktuellen Gesundheitsreform unter Ministerin Ulla Schmidt Anfang 2004 angestrebt werden soll.

Als weitere Variation wurde die Bemessungsgrundlage zur Bestimmung des sozialen Ausgleichs auf alle steuerpflichtige Einkünfte und staatliche Transfers aber ohne laufende Hilfe zum Lebensunterhalt, einmalige Hilfe zum Lebensunterhalt, Wohngeld, Kindergeld, Leistungen der Pflegeversicherung reduziert.

allen Kindern die alters- und geschlechtsstandardisierten Ausgabenprofile aus dem RSA zu, so ergeben sich für diese im Jahre 2001 insgesamt Leistungsausgaben in Höhe von 14,2 Mrd. €. Der gesamte Bedarf an sozialem Ausgleich beliefe sich damit im Modell 2a im Jahre 2001 auf 32,74 Mrd. €.

Alternativ wurde eine maximale Beitragsbelastung von 14% der Bemessungsgrundlage unterstellt, was ein Volumen für den sozialen Ausgleich von 13,65 Mrd. € bei Erwachsenen generieren würde. Das gesamte Volumen – inkl. den zu finanzierenden Beiträgen für Kinder und Jugendliche blieb sich in dem Modell 2B somit auf 27,85 Mrd. € im Jahre 2001.

**Tabelle A1: Bedarf für den sozialen Ausgleich im Pauschalprämienmodell<sup>1</sup>**

<b>Modell 2A (Pauschal-A)</b> Sozialer Ausgleichsbedarf aufgrund ...	Angaben in Mrd. €
einer maximalen Beitragsbelastung von 12,7%	18,54
Beitragfreiheit von Kindern	14,20
Summe:	32,74
<b>Modell 2B (Pauschal-B)</b> Sozialer Ausgleichsbedarf aufgrund ...	
einer maximalen Beitragsbelastung von 14,0%	13,65
Beitragfreiheit von Kindern	14,20
Summe:	27,85

<sup>1</sup>: Bei einer Belastungsobergrenze von 12,7% bzw. 14% der Einkommensbasis (alle steuerpflichtige Einkünfte und staatliche Transfers aber ohne laufende Hilfe zum Lebensunterhalt, einmalige Hilfe zum Lebensunterhalt, Wohngeld, Kindergeld, Leistungen der Pflegeversicherung).

#### **1.4 Gegenfinanzierung des Bedarfs für den sozialen Ausgleich**

Zur Gegenfinanzierung des Bedarfs an sozialem Ausgleich wurden hier zwei verschiedenen Wege beschritten.

Zunächst einmal gilt, dass die bisherigen Arbeitgeberbeiträge zur Krankenversicherung und Beitragszuschüsse vollständig an die Versicherten ausbezahlt und anschließend versteuert werden. Das zu erwartende zusätzliche Steueraufkommen hätte sich im Jahre 2001 auf insgesamt 17,05 Mrd. € belaufen. Damit wäre aber nur ein Teil des Bedarfs für den sozialen Ausgleich finanziert gewesen (vgl. Tabelle A2).

Daher wurde in einem zweiten Schritt das verbliebene Defizit beim sozialen Ausgleich durch eine Anhebung des Solidaritätszuschlags geschlossen. In der Modellvariante "Pauschal-A" hätte somit der Solidaritätszuschlag im Vergleich zum Status Quo um 7,22 Prozentpunkte angehoben werden müssen um das verbliebene Defizit zur Finanzierung des Bedarfs für den sozialen Ausgleich zu schließen. In der Modellvariante "Pauschal-B" wäre dieser Anstieg niedriger, und würde einem Solidaritätszuschlag in Höhe von 10,47 Prozentpunkten im Jahre 2001 entsprechen.

**Tabelle A2: Gegenfinanzierung des Bedarf für den sozialen Ausgleich im Pauschalprämienmodell<sup>1</sup>**

<b>Modell 2A (Pauschal-A)</b>	<b>Angaben in Mrd. €</b>
Insgesamt Bedarf für den sozialen Ausgleich	32,74
Auszahlung und Versteuerung des Arbeitgeberbeitrags bzw. von Beitragszuschüssen	17,05
verbleibendes Defizit	15,69
	<b>Angabe in Prozentpunkten</b>
Schließung der Finanzierungslücke durch Anhebung des Solidaritätszuschlags auf	12,72
<b>Modell 2B (Pauschal-B)</b>	<b>Angaben in Mrd. €</b>
Insgesamt Bedarf für den sozialen Ausgleich	27,85
Auszahlung und Versteuerung des Arbeitgeberbeitrags bzw. von Beitragszuschüssen	17,05
verbleibendes Defizit	10,80
	<b>Angabe in Prozentpunkten</b>
Schließung der Finanzierungslücke durch Anhebung des Solidaritätszuschlags auf	10,47

<sup>1</sup>: Bei einer Belastungsobergrenze von 12,7% bzw. 14% der Einkommensbasis (alle steuerpflichtige Einkünfte und staatliche Transfers aber ohne laufende Hilfe zum Lebensunterhalt, einmalige Hilfe zum Lebensunterhalt, Wohngeld, Kindergeld, Leistungen der Pflegeversicherung)

## 1.5 Fiskalischer Effekt im Modell der Bürgerversicherung

Die Kernpunkte einer möglichen Bürgerversicherung bestehen in einer Ausweitung der Versicherungspflicht auf die gesamte Wohnbevölkerung und in einer Ausweitung der Beitragsbemessungsgrundlage auf alle steuerpflichtigen Einkunftsarten der Versicherten.

Die Ausweitung der Beitragsbemessungsgrundlage bei ehemaligen GKV-Versicherten würde im Jahre 2001 knapp 5,1 Mrd. € zusätzliche Beitragseinnahmen erwarten (Tabelle A3). Vorrangig Pflichtversicherte und Versicherte der KVdR würden hier zusätzlich belastet werden. Im Gegensatz dazu fielen bei freiwillig Versicherten in der GKV keine weiteren Beitragseinnahmen an, da diese entweder aufgrund der Satzungsregelungen

bereits Beiträge nach ihrer gesamten finanziellen Leistungskraft entrichten (z.B. Selbstständige) oder ihre Einkünfte über der BBG lagen.

Deutlich stärkere finanzielle Effekte für die GKV sind durch die Ausweitung der Versicherungspflicht auf bisher nicht in der GKV versicherte Bevölkerungsgruppen zu erwarten. Für zusätzliche Beitragseinnahmen in einer erweiterten GKV sorgt hier vor allem die Gruppe der ehemals in der PKV-Versicherten. Das zu erwartende zusätzliche Beitragsvolumen allein dieser Gruppe beläuft sich im Jahre 2001 auf mehr als 26 Mrd. €. Aber auch allen anderen bisher nicht in der GKV versicherten Gruppen würden mit rund 3,5 Mrd. € zusätzliche Beiträge für die GKV erwarten lassen. In der Summe würde demnach ein zusätzliches Beitragsvolumen von rund 35 Mrd. € im Jahre 2001 zu erwarten sein.

**Tabelle A3: Zusätzliche Beitragseinnahmen im Modell einer Bürgerversicherung im Vergleich zum Status Quo nach Versicherungsstatus**

	Beitragsmehreinnahmen in Mrd. €
Ehemalige GKV insgesamt	5,09
darunter:	
• Pflichtversichert	2,14
• Freiwillig Versichert	–
• Familienversichert	0,78
• Als Rentner versichert	2,18
Besondere Sicherungsformen	1,44
PKV	26,665
Freie Heilfürsorge	0,78
Ohne Krankenversicherung	1,39
Brutto-Beitragsmehreinnahmen	35,37
darunter:	
• eigene Beiträge	24,05
• Arbeitgeber	9,68
• andere	1,65
Leistungsmehrausgaben	19,12
Saldo	16,25
<i>nachrichtlich:</i> Beitragssatzeffekt in Prozentpunkten	-1,4

Quelle: SOEP 2001.

Aufgrund der Ausweitung der Versicherungspflicht stehen den Beitragsmehreinnahmen aber auch zusätzliche Leistungsausgaben gegenüber. Würde das bisherige Leistungsvolumen in der GKV beibehalten und angenommen werden, dass die neu zu versichernden Gruppen ein vergleichbares Inanspruchnahmeverhalten aufwiesen wie die bisherige GKV Population, so kann mittels der Verwendung der alters- und geschlechtsstandardisierten Ausgabenprofile aus dem RSA eine zusätzliche Ausgabenvolumen für die neu in der GKV versicherten Bevölkerungsgruppen abgeschätzt werden. Dieses beläuft sich im Jahre 2001 auf rund 19,1 Mrd. €. Im Saldo würden sich damit Beitragsmehreinnahmen

von knapp 16,3 Mrd. €. für das Jahr 2001 abschätzen lassen. Wird Aufkommensneutralität bei dieser Reformvariante unterstellt, so ließe sich der durchschnittliche Beitragsatz in der GKV im Jahre 2001 um etwa 1,4 Prozentpunkte absenken.

## **2 Ergebnisse der Modellrechnungen<sup>420</sup>**

### **2.1 Veränderung der durchschnittlichen Krankenversicherungsprämie nach Versichertenstatus**

Im Modell der Bürgerversicherung kommt es zu einem Beitragsentlastungseffekt für die GKV durch die Ausweitung der Versicherungspflicht und die Ausweitung der Beitragsbemessungsgrundlage. Aufgrund dessen sinkt der durchschnittliche allgemeine Beitragssatz in der erweiterten GKV um 1,4 Beitragssatzpunkte. Hiervon würden vor allem die bisher in der GKV versicherten Personen profitieren (Tabelle A4). Eine Ausnahme stellen die bisher Familienversicherten dar. Hier kommt es zu einer marginalen Anhebung gegenüber dem Status Quo, da nun alle steuerpflichtigen Einkunftsarten der Beitragspflicht unterliegen, d.h. z.B. dass bisher beitragsfreie Kapitaleinkünfte der Familienversicherten nun beitragspflichtig wären.

Die neu in die GKV integrierten Bevölkerungsgruppen würden dagegen im Durchschnitt zum Teil erheblich höhere Beiträge leisten als im Status Quo. Vor allem Personen ohne bisherigen Krankenversicherungsschutz würden nun zur Entrichtung von Beiträgen herangezogen. Diese Gruppe stellt aber in der Gesamtbevölkerung nur einen Anteil von 0,7% und ist daher von geringer Relevanz. Einen bedeutenden Einfluss auf die Finanzsituation der erweiterten GKV hätten aber die ehemals in der PKV-Versicherten. Diese wären im Jahre 2001 im Durchschnitt mit mehr als 260 € höheren Beiträgen belastet worden. Hierbei ist aber nicht berücksichtigt, dass das Leistungsniveau in der PKV in der allgemeinen Krankheitskostenvollversicherung und in den selbständigen Teilversicherungen i.d.R. deutlich höher als in der GKV ist.

Im Pauschalprämienmodell A fiel die durchschnittliche Krankenversicherungsprämie bei den ehemals in der PKV-Versicherten dagegen deutlich niedriger aus (rund 820 €).

---

<sup>420</sup> Die Verteilungswirkungen bei einem Pauschalprämienmodell mit 12,7% bzw. 14% maximaler Beitragsbelastung unterscheiden sich zwar in der Höhe aber nicht grundsätzlich in ihrer Richtung. Die folgenden Ergebnisse werden daher exemplarisch nur für ein Pauschalprämienmodell mit 12,7% maximaler Beitragsbelastung dargestellt.

Es ist zu vermuten, dass vor allem ältere Versicherte der PKV bisher mit vergleichsweise hohen Prämien belastet werden und somit von einem Pauschalprämienmodell profitieren würden.<sup>421</sup> Weitere Personengruppen die gegenüber dem Status Quo entlastet werden sind die pflicht- und freiwillig Versicherten der GKV. Diese stellen in der bestehenden GKV i.d.R. Nettozahler dar und würden daher in einem Pauschalprämienmodell entlastet werden. Im Gegensatz dazu hätten vor allem Familienversicherte und Versicherte der KVdR im Vergleich zum Status Quo deutlich höhere Beiträge (515 € im Jahre 2001) zu entrichten. Weiterhin würden – wie im Bürgerversicherungsmodell – die bisher nicht Krankenversicherten, die Anspruchsberechtigten über die Freie Heilfürsorge und über das Sozialamt Anspruchsberechtigte mit Beiträger höher belastet werden.

## **2.2 Veränderung der durchschnittlichen Krankenversicherungsprämie nach dem Alter der Versicherten**

Zwischen dem Alter der Versicherten und dem entrichteten durchschnittlichen Krankenversicherungsbeitrag gibt es im Status Quo eine deutliche Beziehung. Mit zunehmenden Alter nimmt der durchschnittliche Krankenversicherungsbeitrag zunächst deutlich zu, und erreicht in der Altersgruppe 45-54 Jahre seinen Höhepunkt (Tabelle A5). Mit weiter steigendem Alter nimmt dann der durchschnittliche Krankenversicherungsbeitrag wieder ab. Dieses Muster erklärt sich durch die über den Lebensprozess sich verändernden Einkommensprofile der Versicherten.

Betrachtet man den durchschnittlichen Krankenversicherungsbeitrag im Modell der Bürgerversicherung so fällt auf, dass insgesamt über alle Versicherten hinweg eine leichte Absenkung der entrichteten Beiträge feststellbar wäre. Wie bereits oben beschrieben, würden vor allem die pflicht- und freiwillig Versicherten der GKV im Modell der Bürgerversicherung profitieren. Dabei spielt das Alter dieser Versicherten keine besondere Rolle.

Bei den Versicherten der PKV ist ein anderes Muster erkennbar. Ältere Versicherte würden im Durchschnitt eher entlastet und jüngere PKV-Versicherte dagegen eher zusätzlich belastet werden. Dies kann zum Einen durch die mit dem Alter ansteigenden Versicherungsprämien in der PKV erklärt werden, da aufgrund des Anwartschaftsdeckungsverfahrens ältere Versicherte höhere Beitragszuschläge erfahren und zum Ande-

---

<sup>421</sup> Bei diesem Vergleich ist aber wiederum ist zu bedenken, dass das Leistungsniveau in der PKV höher liegt als in der GKV. Dies ist insbesondere dann der Fall, wenn PKV-Versicherte zusätzlich zu ihrer Krankheitskostenvollversicherung weitere selbständige Teilversicherungen (Chefarztbehandlung, Einzelbettzimmer, etc.) abgeschlossen haben.

ren dadurch erklärt werden, dass ältere Versicherte der PKV oftmals nicht nur sich selbst versichern sondern weitere Familienmitglieder beitragspflichtig mitversichern. Im Falle der Einführung einer Bürgerversicherung würde aber Beitragsfreiheit für ehemals in der PKV versicherte Familienangehörige bestehen.

Weiterhin gälte bei Einführung einer Bürgerversicherung, dass – wie oben bereits gezeigt – Personen ohne bisherigen Krankenversicherungsschutz und Personen die Anspruch auf Freie Heilfürsorge haben mit deutlich höheren Beitragszahlungen im Vergleich zum Status Quo konfrontiert wären.

Bei Einführung eines Pauschalprämienmodells ist erkennbar, dass insgesamt Personen im erwerbsfähigen Alter (25 bis 64 Jahre) im Vergleich zum Status zum Teil deutlich entlastet werden. Insbesondere die Altersgruppe der 35 bis 54 jährigen, die in der GKV i.d.R. zu den Nettozahlern gehören, würden deutlich entlastet werden. Hierbei fällt besonders die Gruppe der freiwillig Versicherten auf, die z.B. in der Altersgruppe 45-54 Jahre um rund 2100 € im Jahre 2001 entlastet worden wären. Auch die mittleren Altersjahrgänge bei den Versicherten der PKV würden eine deutliche Entlastung gegenüber dem Status Quo erfahren. Im Gegensatz dazu würden generell alle Familienversicherten zum Teil deutlich und auch die Versicherten der KVdR höhere Beiträge als im Status Quo entrichten.

### **2.3 Veränderung des verfügbaren Haushaltseinkommens nach Versicherungsstatus des Haushaltsvorstand**

Ein Vergleich der durchschnittlichen Höhe der Krankenversicherungsprämie in den einzelnen Reformmodellen gibt einen ersten Hinweis auf die Veränderung der tatsächlichen Beitragsbelastung der Versicherten. Da in dem Pauschalprämienmodellen der Bedarf für den sozialen Ausgleich über das Steuer- und Transfersystem organisiert und finanziert wird, sind die einzelnen Reformmodelle hinsichtlich ihrer Auswirkungen auf die Versicherten nur anhand eines Vergleich der verfügbaren Einkommen (also nach sozialem Ausgleich und dessen Gegenfinanzierung) vergleichbar.

Im Folgenden wird daher das durchschnittliche verfügbare jährliche Haushaltseinkommen der Versicherten in den einzelnen Reformmodellen ausgewiesen. Der Übergang zu einer haushaltsbezogenen Betrachtungsweise ist auch deshalb notwendig, da zum Einen das deutsche Steuerrecht die Möglichkeit der Zusammenveranlagung bei Ehegatten vorsieht und zum Anderen die Höhe des sozialen Ausgleichs bei der unterstellten ma-

ximalen Beitragsbelastung von 12,7% sich an dem Haushaltsbruttoeinkommen (inkl. staatlicher Transfers) bemisst.

In Folgenden wird daher der Haushaltsvorstand (HV) als Repräsentant eines Haushalte herangezogen und die Veränderung des verfügbaren Haushaltseinkommens bei Einführung der verschiedenen Reformmodellen analysiert.<sup>422</sup>

Im Status Quo ist zunächst feststellbar, dass die Haushalte deren Haushaltsvorstand freiwillig in der GKV oder in der PKV versichert sind, die mit Abstand höchsten durchschnittlichen verfügbaren Jahreseinkommen aufweisen (Tabelle A6). Bei einer Einführung des Modells der Bürgerversicherung verändert sich das verfügbare Einkommen aller Haushalte nur marginal bei weniger als 50 € im Jahre 2001. Hierfür ist wiederum vorrangig die Ausweitung der Versicherungspflicht auf die gesamte Wohnbevölkerung verantwortlich. Wie bereits oben gezeigt werden konnte, profitieren vor allem Haushalte deren Haushaltsvorstand pflicht- oder freiwillig versichert in der GKV ist. Besonders stark belastet werden Haushalte deren Haushaltsvorstand bisher nicht krankenversichert war oder die Anspruch auf Freie Heilfürsorge haben.

Wird dagegen das Pauschalprämienmodell unterstellt, so stiege das durchschnittliche verfügbare Einkommen aller Haushalte im Jahre 2001 leicht um rund 130 € gegenüber dem Status Quo an.<sup>423</sup> Die zu beobachtenden Veränderungen sind in etwa vergleichbar mit denen des Modells der Bürgerversicherung, doch fallen die Niveaus unterschiedlich aus.

## **2.4 Veränderung des verfügbaren Haushaltseinkommens nach dem Alter und Versicherungsstatus des Haushaltsvorstands**

Untersucht man die Veränderung des verfügbaren Haushaltseinkommens nach dem Alter des Haushaltsvorstands, so kann im Modell der Bürgerversicherung konstatiert werden, dass Haushaltsvorstände in der Altersgruppe 45 bis 64 Jahren die höchste Entlastung ihres verfügbaren Haushaltseinkommens erfahren würden (Tabelle A7). Dies ist auf die Gruppen der freiwillig Versicherten und auf die ehemals in der PKV-Versicherten zurückzuführen. Hier würden aber die Haushaltsvorstände ehemals in der PKV-Versicherter in der Altersgruppe 55-64 Jahre mit mehr als 530 € im Jahre 2001 am stärksten profitieren. Überraschend ist, dass Haushalt mit einem ehemals in der PKV

---

<sup>422</sup> Die Zahl der hier ausgewiesenen Haushalte entspricht nicht der Zahl der Privathaushalte, da die Untersuchungspopulation die gesamte Wohnbevölkerung in Deutschland umfasst. D.h. Personen, die Anstalten leben, werden hier als eigenständige "Haushalte" ausgewiesen



versicherten Haushaltsvorstand im Alter von 75 und mehr Jahren noch stärker (rund 720 € im Jahre 2001) entlastet werden würden.

Betrachtet man die Haushalte mit einem in der GKV versicherten Haushaltsvorstand, so würden alle Haushalte mit einem jungen Haushaltsvorstand relativ gleichmäßig um rund 100 bis 140 € beim verfügbaren Haushaltseinkommen im Jahre 2001 entlastet werden. Ist der Haushaltsvorstand dagegen älter als 65 Jahre so wäre das verfügbare Haushaltseinkommen stagniert oder sogar leicht zurückgegangen.

## **2.5 Veränderung des verfügbaren Haushaltseinkommens nach Einkommensklassen und Versicherungsstatus des Haushaltsvorstands**

Ein für diese Fragestellung wichtiger Indikator ist auch die Veränderung des verfügbaren Haushaltseinkommens nach der Einkommenshöhe. Hier wurde das verfügbare Haushaltseinkommen im Jahre 2001 im Status Quo in Gruppen unterteilt und für den Vergleich zu den Reformmodellen konstant gehalten.<sup>424</sup>

Über alle Haushalte hinweg wäre bei Einführung eines Modells der Bürgerversicherung eine Entlastung des verfügbaren Haushaltseinkommens bei Einkommensgruppen bis zu einer Höhe von 35.800 € im Jahre 2001 feststellbar (Tabelle A8 und Abbildung A1). Im Gegensatz dazu wären Haushalte mit einem Einkommen oberhalb von 51.100 € im Jahre 2001 zusätzlich belastet worden. Dieses Muster zeigt sich auch wenn nur die Gruppe der Haushaltsvorstände betrachtet wird, die bisher bereits in der GKV versichert waren. Die Entlastung mittlerer Einkommensgruppen fiel bei diesen Haushalten aber etwas stärker aus. Die höchsten positiven Veränderungen können wiederum bei den freiwillig versicherten Haushaltsvorständen beobachtet werden. Richtet man den Blick aber auf Haushaltsvorstände die in der KVdR versichert sind, so werden diese insgesamt leicht belastet, wobei mit steigendem Haushaltseinkommen die Belastung deutlich zunehmen würde. Ist der Haushaltsvorstand ehemals in der PKV versichert, so werden untere Einkommensgruppen zum Teil deutlich entlastet und obere Einkommensgruppen im Modell der Bürgerversicherung mit rund 200 € im Jahre 2001 zusätzlich belastet. Besonders markant sind die Veränderungen für Haushaltsvorstände die bisher weder in der PKV noch in der GKV versichert sind. Hier ist fast durchweg ein geringeres verfügb-

---

<sup>423</sup> Auch hierbei ist die Ausweitung der Versicherungspflicht der treibende Faktor für das gestiegene verfügbare Einkommen aller Haushalte.

<sup>424</sup> Um die effektive Veränderung des verfügbaren Einkommens ausweisen zu können wurde auf eine Äquivalenzgewichtung zur Berücksichtigung des Bedarfs unterschiedlicher Haushalte und Haushaltsgrößen in dieser Betrachtung verzichtet.

bares Haushaltseinkommen zu beobachten, wobei mit steigendem Haushaltseinkommen die Veränderung gegenüber dem Status Quo zum Teil deutliche Unterschiede zeigt.

Bei Einführung eines Pauschalprämienmodells ist insgesamt kein einheitliches Bild erkennbar. Sowohl untere als auch obere Einkommensgruppen können eine Entlastung ihres verfügbaren Einkommens gegenüber dem Status Quo erfahren. Bei den unteren Einkommen erklärt sich das höhere verfügbare Haushaltseinkommen aus der Wirkungsweise des sozialen Ausgleichsmechanismus. Insbesondere bei Sozialhilfeempfängern wirkt sich dies positiv auf das verfügbare Haushaltseinkommen aus, da hier unterstellt wurde, dass laufende Hilfe und einmalige Hilfe zum Lebensunterhalt nicht als Bemessungsgrundlage zur Bestimmung des sozialen Ausgleichs herangezogen werden soll. Im Status Quo wird aber von den Sozialleistungsträgern für diese Versicherte ein Beitrag an die Krankenversicherung entrichtet, der den Versicherten hier in diesem Modell als Beitragszuschuss ausbezahlt wurde.

Bei einer Einkommenshöhe von mehr als 51.100 € im Jahre 2001 wirkt sich der für die Gegenfinanzierung des sozialen Ausgleichs angehobene Solidaritätszuschlag verstärkt aus. Die reine Beitragsbelastung durch Krankenversicherungsprämien würde bei diesen Einkommensgruppen zwar deutlich niedriger sein, durch die progressive Wirkung der Lohn- und Einkommensteuer bei Auszahlung des Arbeitgeberbeitrags und des angehobenen Solidaritätszuschlags würde dieser Einkommensvorteil aber mehr als vollständig aufgezehrt. Dieser Effekt tritt aber erst merklich bei sehr hohen Einkommensgruppen auf.

Betrachtet man die Gruppe der Haushalte deren Haushaltsvorstand pflichtversichert ist, so ist ein Auf und Ab in der Veränderung des verfügbaren Haushaltseinkommens in den Einkommensgruppen zu konstatieren. Dies ist wiederum zum Einen auf die Wirkungsweise des sozialen Ausgleichs zurückzuführen und zum Anderen auf die Auszahlung des Arbeitgeberbeitrags bzw. von Beitragszuschüssen und der anschließenden Versteuerung dieser Einkommensbestandteile. Aufgrund der Beitragsbelastungsobergrenze wirkt der soziale Ausgleich je nach Haushaltsgröße und Zahl der anspruchsberechtigten Personen bei einer unterschiedlichen Einkommenshöhe der jeweiligen Bemessungsgrundlage, was sich in einer unterschiedlichen Be- bzw. Entlastung des verfügbaren Haushaltseinkommens zeigt.

## **2.6 Veränderung des verfügbaren Haushaltseinkommens nach Haushaltstyp und Versicherungsstatus des Haushaltsvorstands**

Eine Differenzierung der Ergebnisse nach weit verbreiteten Haushaltstypen erlaubt weitere Aussagen über die Auswirkungen der Einführung von Reformmodellen. Im Modell einer Bürgerversicherung würden im Jahre 2001 vor allem junge alleinlebende PKV Versicherte und alle bisher nicht in der GKV bzw. PKV versicherten Gruppen beim verfügbaren Haushaltseinkommen verlieren (Tabelle A9). Überdurchschnittlich würde sich das verfügbare Haushaltseinkommen bei den ehemals in der PKV versicherten Gruppen der alleinlebenden alten Frauen, Paarhaushalten mit erwachsenen Kindern und Alleinerziehenden im Jahre 2001 erhöhen. Bei den beiden letztgenannten Gruppen hätten diese bei einer Bürgerversicherung vor allem aufgrund der beitragsfreien Mitversicherung von Familienangehörigen profitieren können.

Bei Einführung eines Modells mit Pauschalprämien ist ein uneinheitliches Bild zu beobachten. Besonders hervorstechend sind die Haushalte mit zwei Personen im Alter von mehr als 65 Jahren und Paarhaushalte mit Kindern bis unter 20 Jahren. Deren verfügbare Haushaltseinkommen sinken gegenüber dem Status Quo merklich, wobei dies bei den ehemals in der PKV-Versicherten deutlicher ausfällt als bei denen der GKV. Bei den bisher weder in der GKV noch in der PKV-Versicherten ist der Verlust von verfügbarem Einkommen gegenüber dem Status Quo aber am höchsten.

Einen deutlichen Zugewinn beim verfügbaren Haushaltseinkommen können dagegen Zweipersonenhaushalte in der GKV bis zu einem Alter von 65 Jahren und Alleinerziehende ehemals PKV-Versicherte mit mehr als 500 € bzw. mehr als 1100 € im Jahre 2001 verzeichnen. Bei den letztgenannten hätte sich vor allem die Beitragsfreiheit von Kindern im Pauschalprämienmodell positiv auf das verfügbare Haushaltseinkommen ausgewirkt.

## **2.7 Veränderung des verfügbaren Haushaltseinkommens bei Beamten und Versorgungsempfängern**

In einem letzten Analyseschritt soll die Auswirkung der verschiedenen Reformmodelle auf Beamte und Versorgungsempfänger analysiert werden. Um eine bessere Vergleichbarkeit der Ergebnisse zu erzielen, werden wiederum nur Haushaltsvorstände die Beamte oder Versorgungsempfänger sind in die Analyse einbezogen. Erwartungsgemäß sind

mehr als zwei Drittel dieser Gruppe in der PKV doch immerhin auch knapp 14% in der GKV versichert (Tabelle A10).<sup>425</sup>

Wird das Modell der Bürgerversicherung unterstellt, so wäre für die Gruppe der Beamten und Versorgungsempfänger mit einer leichten Entlastung des verfügbaren Haushaltseinkommens gegenüber dem Status Quo auszugehen.<sup>426</sup> Deutlich reduzieren würde sich das verfügbare Haushaltseinkommen dagegen für bisher nicht Krankenversicherte und Anspruchsberechtigte der Freien Heilfürsorge. Diese stellen aber mit weniger als 250.000 Haushalten eine vernachlässigbare Größe dar.

Zieht man das Alter der Beamten und Versorgungsempfänger heran, so ist erkennbar, dass bis zu einem Alter von 44 Jahren das verfügbare Haushaltseinkommen sich im Modell einer Bürgerversicherung reduzieren würde und mit höherem Alter eine Entlastung eintreten würde. Insbesondere jüngere Versicherte entrichten erheblich niedrigere Prämien in der PKV als vergleichbare Personen in der GKV, wodurch sich diese zusätzliche Belastung der jüngeren Beamten bei Einführung einer Versicherungspflicht in der GKV ergäbe. Dieser Effekt findet sich auch bei Heranziehung von verschiedenen Haushaltstypen wider.

Bei Einführung eines Pauschalprämienmodells wäre insgesamt von einer zusätzlichen Belastung der Beamten- und Versorgungsempfängerhaushalte im Jahre 2001 auszugehen, wobei dies weitgehend unabhängig vom Alter des Haushaltsvorstands wäre. Eine besonders starke Reduktion des verfügbaren Haushaltseinkommens ist erwartungsgemäß bei bisher nicht Krankenversicherten zu konstatieren. Die insgesamt zu beobachtende zusätzliche Belastung der Beamten- und Versorgungsempfängerhaushalte erklärt sich daraus, dass der Arbeitgeberbeitrag bzw. Beitragszuschuss auf maximal 50% der tatsächlichen Krankenversicherungsprämie in der PKV begrenzt ist und damit zum Teil erheblich niedriger ausfällt als wenn diese in der GKV versichert wären. Wird nun im Pauschalprämienmodell eine Auszahlung desselben und eine Versteuerung und Anhebung des Solidaritätszuschlag unterstellt, so ergäbe sich für die Mehrzahl der Beamten und Versorgungsempfänger im Saldo eine Verschlechterung gegenüber dem Status Quo. Lediglich alleinlebende Frauen im Alter bis zu 65 Jahren würden im Pauschalprä-

---

<sup>425</sup> Seit dem 1. Januar 1987 besteht quasi eine direkte Zuweisung der Beamten zur PKV (vgl. Gesundheitsreformgesetz), da nach §9 SGB V Beamte nicht zum versicherungsberechtigten Personenkreis der GKV gehören. Aufgrund von Vorversicherungszeiten können diese sich aber in Ausnahmefällen in der GKV als freiwillige Mitglieder weiterversichern.

miemodell ihr verfügbares Haushaltseinkommen gegenüber dem Status Quo leicht verbessern.

### 3 Fazit

Die in der politischen Diskussion thematisierten Vorschläge einer alternativen Finanzierung einer reformierten Krankenversicherung in Richtung eines Bürgerversicherungsmodells bzw. eines Pauschalprämienmodells verdeutlichen, dass zunächst in beiden Varianten die bisher nicht in der GKV versicherten Bevölkerungsteile zum Teil erhebliche Veränderungen ihrer Beitragsbelastung und ihres verfügbaren Haushaltseinkommens hinnehmen müssen. Personen die bisher über keinen Krankenversicherungsschutz verfügen erfahren dabei die größten Veränderungen, da diese nun einer allgemeinen Versicherungspflicht unterliegen. Mit einem Bevölkerungsanteil von nur 0,7% ist diese Personengruppe aber nur von geringer Relevanz.

Die Auswirkungen einer Einführung eines Bürgerversicherungsmodells lassen sich folgendermaßen charakterisieren: Die Mehrheit der pflicht- und freiwillig Versicherten in der GKV würde durch eine Bürgerversicherung profitieren, wohingegen die bisher nicht in der GKV-Versicherten mehrheitlich erheblich zusätzlich belastet werden würden. Aber auch Familienversicherte mit sonstigen Einkünften und Versicherte der KVdR werden bei einer Ausweitung der Bemessungsgrundlage zur weiteren Beiträgen herangezogen.

Die individuellen Veränderungen sind bei einer Einführung eines Pauschalprämienmodells deutlich größer. Durch die Verlagerung der Einkommensumverteilung in das Steuer- und Transfersystem können vor allem bisherige Nettozahler im GKV-System erheblich gegenüber dem Status Quo entlastet werden. Dies zeigt sich sowohl bei dem Alter der Versicherten, der Haushaltsgröße oder auch bei dem verfügbaren Haushaltseinkommen. Eine Entlastung der sogenannten "Leistungsträger" – vor allem aber auch der mittleren Einkommensgruppen – dürfte vermutlich positive Auswirkungen auf den Arbeitsmarkt haben. Hervorhebenswert sind vor allem Zweipersonenhaushalte in der

---

<sup>426</sup> Auch hier sei daran erinnert, dass mit der Einführung einer Bürgerversicherung das in Anspruch nehmbarere Leistungsvolumen in der GKV niedriger für diese Versichertengruppen ausfiele als in der bestehenden PKV mit der Möglichkeit des Abschlusses von selbständigen Teilzusatzversicherungen.

GKV bis zu einem Alter von 65 Jahren und Alleinerziehende ehemals PKV-Versicherte, die überdurchschnittlich mit rund 500 € bzw. mit mehr als 1100 € im Jahre 2001 einen Zugewinn bei ihrem verfügbaren Einkommen verzeichnen können. Bei den letztgenannten hätte sich vor allem die Beitragsfreiheit von Kindern im Pauschalprämienmodell positiv auf das verfügbare Haushaltseinkommen ausgewirkt.

Im Gegenzug werden vorrangig Familienversicherte aber auch Versicherte der KVdR deutlich stärker zur Zahlung von Krankenversicherungsprämien herangezogen. Die erhöhte Äquivalenz der Beiträge spiegelt sich in dieser zusätzlichen Belastung wider. Wird eine Beitragsfreiheit für Kinder und Jugendliche gewährt – wie hier simuliert –, so kann die Akzeptanz für ein Pauschalprämienmodell deutlich angehoben werden, da Familien mit jüngeren Kindern als auch Alleinerziehende von einem solchen Reformmodell deutlich profitieren könnten. Ein ähnliches Bild zeigt sich auch bei Haushalten deren Haupteinkommensquelle Lohnersatzleistungen oder öffentliche Transfers darstellen. Die mit einer Einführung eines Pauschalprämienmodells verbundene Sorge einer Entsolidarisierung der Versichertengemeinschaft kann so nicht bestätigt werden.

**Tabelle A4: Veränderung der durchschnittlichen Krankenversicherungsprämie nach Versichertenstatus**  
Angaben in €

Versicherungsstatus	N in Tsd.	N in %	Status Quo*	Bürger-V*	Pauschal-A**	Differenz gegenüber dem Status Quo	
						Bürger-V*	Pauschal-A**
Pflichtversichert	29739	36,1	2629	2431	2032	-198	-597
Freiwillig	6695	8,1	3743	3358	2089	-385	-1654
Familienversichert	19712	23,9	16	50	488	34	472
als Rentner	15802	19,2	1577	1536	2092	-41	515
PKV	7662	9,3	2845	3107	2028	261	-818
nicht krankenversichert <sup>1</sup>	553	0,7	397	2251	1984	1854	1587
Freie Heilfürsorge	515	0,6	1038	1367	1983	329	945
Sozialhilfe <sup>2</sup>	1777	2,2	797	798	1056	1	260
Insgesamt	82455	100	1849	1785	1657	-64	-192

<sup>1</sup> Krankenversicherungsbeiträge für diese Gruppe ergeben sich vorrangig aus Ansprüchen gegenüber der Beihilfe oder aufgrund von pauschal entrichteten Arbeitgeberbeiträgen.

<sup>2</sup>: Über das Sozialamt anspruchsberechtigt.

\* Inkl. Arbeitgeberbeitrag und Beitragszuschüssen

\*\* Ohne die Berücksichtigung des sozialen Ausgleichs (Beitragssoll)

Population: Personen

Quelle: SOEP 2001.

**Tabelle A5: Veränderung des durchschnittlichen individuellen Krankenversicherungsbeitrags nach Alter der Versicherten**  
Angaben in €

Alter der Versicherten	N in Tsd.	N in %	Status Quo*	Bürger-V*	Pauschal-A**	Differenz gegenüber dem Status Quo	
						Bürger-V*	Pauschal-A**
<b>Alter der Versicherten</b>							
unter 15 Jahren	12600	15,3	0	0	0	0	0
15 - 24 Jahre	9258	11,2	601	590	1052	-12	450
25 - 34 Jahre	10801	13,1	2337	2249	2094	-88	-243
35 - 44 Jahre	13311	16,1	2905	2837	2094	-68	-811
45 - 54 Jahre	11162	13,5	2947	2855	2094	-93	-853
55 - 64 Jahre	11005	13,4	2386	2274	2094	-112	-292
65 - 74 Jahre	8311	10,1	1683	1610	2094	-73	412
75 Jahre und mehr	6007	7,3	1634	1565	2094	-70	460
Insgesamt	82455	100,0	1849	1785	1657	-64	-192
<b>Pflichtversicherte</b>							
15 - 24 Jahre	4129	13,9	1072	1036	1647	-36	575
25 - 34 Jahre	7221	24,3	2494	2308	2094	-185	-399
35 - 44 Jahre	7854	26,4	3058	2800	2094	-258	-964
45 - 54 Jahre	6379	21,5	3104	2856	2094	-248	-1010
55 - 64 Jahre	3957	13,3	2948	2751	2094	-196	-853
65 - 74 Jahre	141	0,5	1684	1543	2094	-141	411
75 Jahre und mehr	58	0,2	277	279	2094	2	1817
Insgesamt	29739	100,0	2629	2431	2032	-198	-597
<b>Freiwillig Versichert</b>							
15 - 24 Jahre	208	3,1	1584	1430	1934	-154	350
25 - 34 Jahre	1298	19,4	3231	2871	2094	-359	-1137
35 - 44 Jahre	1933	28,9	4096	3674	2094	-422	-2002
45 - 54 Jahre	1459	21,8	4353	3921	2094	-433	-2259
55 - 64 Jahre	1224	18,3	3793	3425	2094	-368	-1699
65 - 74 Jahre	475	7,1	2833	2511	2094	-321	-738
75 Jahre und mehr	98	1,5	2830	2516	2094	-314	-736
Insgesamt	6695	100,0	3743	3358	2089	-385	-1654
<b>Familienversichert</b>							
15 - 24 Jahre	3726	47,1	19	44	232	25	213
25 - 34 Jahre	703	8,9	67	128	2094	61	2027
35 - 44 Jahre	1123	14,2	83	229	2094	146	2011
45 - 54 Jahre	1008	12,7	64	213	2094	149	2030



<b>Weiter Tabelle A5</b>							
55 - 64 Jahre	1072	13,6	32	170	2094	138	2062
65 - 74 Jahre	236	3,0	20	275	2094	255	2074
75 Jahre und mehr	41	0,5	0	70	2094	70	2094
Insgesamt	7909	100,0	40	124	1217	84	1177
<b>Als Rentner versichert</b>							
15 - 24 Jahre	48	0,3	402	421	1475	19	1073
25 - 34 Jahre	89	0,6	673	651	2094	-22	1421
35 - 44 Jahre	125	0,8	1084	1105	2094	21	1010
45 - 54 Jahre	376	2,4	1317	1407	2094	90	778
55 - 64 Jahre	3277	20,7	1651	1588	2094	-63	443
65 - 74 Jahre	6655	42,1	1593	1542	2094	-51	502
75 Jahre und mehr	5232	33,1	1568	1543	2094	-25	527
Insgesamt	15802	100,0	1577	1536	2092	-41	515
<b>PKV</b>							
15 - 24 Jahre	562	7,3	355	439	1191	84	836
25 - 34 Jahre	1070	14,0	2271	2823	2094	553	-176
35 - 44 Jahre	1916	25,0	3143	3851	2094	708	-1049
45 - 54 Jahre	1694	22,1	3475	3893	2094	419	-1380
55 - 64 Jahre	1271	16,6	3374	3316	2094	-57	-1279
65 - 74 Jahre	654	8,5	2594	2202	2094	-393	-500
75 Jahre und mehr	495	6,5	2583	1837	2094	-746	-489
Insgesamt	7662	100,0	2845	3107	2028	261	-818
<b>Ohne Krankenversicherungsschutz</b>							
15 - 24 Jahre	76	13,7	343	798	1296	456	953
25 - 34 Jahre	145	26,1	466	1802	2094	1335	1628
35 - 44 Jahre	107	19,3	626	3308	2094	2681	1468
45 - 54 Jahre	84	15,4	610	3498	2094	2887	1484
55 - 64 Jahre	59	10,7	130	1938	2094	1807	1964
65 - 74 Jahre	48	8,7	0	1448	2094	1448	2094
75 Jahre und mehr	34	6,2	0	2637	2094	2637	2094
Insgesamt	553	100,0	397	2251	1984	1854	1587
<b>Freie Heilfürsorge</b>							
15 - 24 Jahre	351	68,1	1043	706	1932	-337	889
25 - 34 Jahre	19	3,6	1043	2675	2094	1632	1051
35 - 44 Jahre	46	8,8	1043	4002	2094	2959	1051
45 - 54 Jahre	29	5,5	963	2682	2094	1718	1131
55 - 64 Jahre	26	5,2	1043	1513	2094	470	1051

<b>Weiter Tabelle A5</b>							
65 - 74 Jahre	26	5,1	1043	2452	2094	1409	1051
75 Jahre und mehr	18	3,6	1043	2351	2094	1308	1051
Insgesamt	515	100,0	1038	1367	1983	329	945
<b>übers Sozialamt anspruchsberechtigt</b>							
15 - 24 Jahre	159	16,2	797	896	967	100	171
25 - 34 Jahre	261	26,7	1620	1595	2094	-26	474
35 - 44 Jahre	209	21,3	1804	1771	2094	-33	290
45 - 54 Jahre	134	13,6	1635	1616	2094	-19	459
55 - 64 Jahre	115	11,8	1548	1619	2094	71	547
65 - 74 Jahre	75	7,6	976	918	2094	-58	1118
75 Jahre und mehr	29	2,9	625	551	2094	-74	1469
Insgesamt	982	100,0	1442	1443	1912	1	470
<b>nachrichtlich: Versicherte der GKV</b>							
15 - 24 Jahre	8110	13,5	598	587	1003	-11	405
25 - 34 Jahre	9308	15,5	2396	2207	2094	-190	-302
35 - 44 Jahre	11034	18,4	2915	2673	2094	-242	-821
45 - 54 Jahre	9221	15,3	2897	2677	2094	-220	-803
55 - 64 Jahre	9532	15,9	2282	2147	2094	-135	-188
65 - 74 Jahre	7508	12,5	1623	1564	2094	-60	471
75 Jahre und mehr	5431	9,0	1565	1535	2094	-30	529
Insgesamt	60144	100,0	2136	1996	1947	-141	-189

Angaben in Kursiv: Fallzahl < 30

Population: Personen

Quelle: SOEP 2001.

**Tabelle A6: Veränderung des durchschnittlichen verfügbaren Jahreseinkommens nach Versicherungsstatus des Haushaltsvorstand**  
Angaben in €

	N in Tsd.	N in %	Status Quo	Bürger-V	Pauschal-A	Differenz gegenüber dem Status Quo	
						Bürger-V	Pauschal-A
Versicherungsstatus des HV							
Pflichtversichert	16738	41,5	24139	24238	24353	99	215
Freiwillig	4922	12,2	34897	35142	35456	245	559
Familienversichert	776	1,9	23931	23785	23668	-145	-263
als Rentner	11412	28,3	18259	18230	18209	-29	-50
PKV	5033	12,5	39178	39226	39177	49	-1
nicht krankenversichert	305	0,8	29970	28294	28050	-1676	-1920
Freie Heilfürsorge	219	0,5	24241	23083	23065	-1159	-1176
Sozialamt <sup>1</sup>	894	2,2	13175	13165	13900	-10	725
Insgesamt	40299	100,0	25463	25510	25597	47	133

<sup>1</sup>: Über das Sozialamt anspruchsberechtigt.

Population: Privathaushalte und Personen in Anstalten

Quelle: SOEP 2001.

**Tabelle A7: Veränderung des durchschnittlichen verfügbaren Jahreseinkommens nach dem Alter und Versicherungsstatus des Haushaltsvorstands – Angaben in €**

	N in Tsd.	N in %	Status Quo	Bürger-V	Pauschal-A	Differenz gegenüber dem Status Quo	
						Bürger-V	Pauschal-A
<b>Insgesamt</b>							
15 - 24 Jahre	1591	4,0	12232	12185	11978	-47	-255
25 - 34 Jahre	6267	15,6	21971	22004	22037	34	66
35 - 44 Jahre	8187	20,3	30287	30302	30645	14	358
45 - 54 Jahre	6791	16,9	32803	32915	33046	112	243
55 - 64 Jahre	6873	17,1	27829	27940	28029	111	200
65 - 74 Jahre	5740	14,2	21306	21321	21266	15	-39
75 Jahre und mehr	4850	12,0	17466	17472	17391	6	-75
Insgesamt	40299	100,0	25463	25510	25597	47	133
<b>Pflichtversichert</b>							
15 - 24 Jahre	1132	6,8	12570	12556	12265	-14	-305
25 - 34 Jahre	4209	25,1	20505	20583	20580	78	75
35 - 44 Jahre	4855	29,0	26404	26526	26716	122	312
45 - 54 Jahre	3925	23,5	27677	27811	28036	134	359
55 - 64 Jahre	2462	14,7	25659	25749	25954	90	295
65 - 74 Jahre	110	0,7	25541	25645	25390	104	-151
75 Jahre und mehr	45	0,3	15174	15177	14982	4	-192
Insgesamt	16738	100,0	24139	24238	24353	99	215
<b>Freiwillig Versichert</b>							
15 - 24 Jahre	90	1,8	15360	15456	15257	96	-102
25 - 34 Jahre	845	17,2	27105	27388	27555	283	449
35 - 44 Jahre	1368	27,8	35433	35717	36655	284	1222
45 - 54 Jahre	1090	22,1	41389	41607	41676	218	288
55 - 64 Jahre	1051	21,3	37156	37383	37394	227	238
65 - 74 Jahre	380	7,7	30999	31212	31305	214	307
75 Jahre und mehr	98	2,0	31383	31512	31667	129	284
Insgesamt	4922	100,0	34897	35142	35456	245	559
<b>Als Rentner Versichert</b>							
15 - 24 Jahre	11	0,1	7001	6959	6728	-41	-273
25 - 34 Jahre	20	0,2	19003	18821	18920	-182	-82
35 - 44 Jahre	63	0,6	18474	18378	18286	-96	-188
45 - 54 Jahre	234	2,1	22142	22183	22257	41	115

<b>Weiter Tabelle A7</b>							
55 - 64 Jahre	2222	19,5	19746	19732	19770	-13	24
65 - 74 Jahre	4638	40,6	19173	19154	19129	-19	-44
75 Jahre und mehr	4222	37,0	16281	16230	16178	-51	-103
Insgesamt	11412	100,0	18259	18230	18209	-29	-50
<b>PKV</b>							
15 - 24 Jahre	<i>101</i>	<i>2,0</i>	<i>15385</i>	<i>15183</i>	<i>14805</i>	<i>-201</i>	<i>-580</i>
25 - 34 Jahre	<i>677</i>	<i>13,5</i>	<i>28651</i>	<i>28300</i>	<i>28219</i>	<i>-351</i>	<i>-432</i>
35 - 44 Jahre	<i>1302</i>	<i>25,9</i>	<i>41826</i>	<i>41384</i>	<i>41784</i>	<i>-442</i>	<i>-42</i>
45 - 54 Jahre	<i>1175</i>	<i>23,3</i>	<i>46761</i>	<i>46896</i>	<i>46678</i>	<i>135</i>	<i>-83</i>
55 - 64 Jahre	<i>884</i>	<i>17,6</i>	<i>45158</i>	<i>45698</i>	<i>45641</i>	<i>539</i>	<i>483</i>
65 - 74 Jahre	<i>484</i>	<i>9,6</i>	<i>33466</i>	<i>33765</i>	<i>33384</i>	<i>299</i>	<i>-82</i>
75 Jahre und mehr	<i>410</i>	<i>8,2</i>	<i>26109</i>	<i>26835</i>	<i>26388</i>	<i>726</i>	<i>279</i>
Insgesamt	<i>5033</i>	<i>100,0</i>	<i>39178</i>	<i>39226</i>	<i>39177</i>	<i>49</i>	<i>-1</i>
<b>Ohne Krankenversicherungsschutz, Freie Heilfürsorge, übers Sozialamt anspruchsberechtigt</b>							
15 - 24 Jahre	<i>187</i>	<i>13,1</i>	<i>9562</i>	<i>9312</i>	<i>9732</i>	<i>-250</i>	<i>171</i>
25 - 34 Jahre	<i>374</i>	<i>26,3</i>	<i>14309</i>	<i>14009</i>	<i>14468</i>	<i>-299</i>	<i>159</i>
35 - 44 Jahre	<i>317</i>	<i>22,4</i>	<i>24594</i>	<i>23831</i>	<i>24262</i>	<i>-763</i>	<i>-332</i>
45 - 54 Jahre	<i>205</i>	<i>14,5</i>	<i>22290</i>	<i>21579</i>	<i>22220</i>	<i>-711</i>	<i>-70</i>
55 - 64 Jahre	<i>153</i>	<i>10,8</i>	<i>20927</i>	<i>20214</i>	<i>20648</i>	<i>-713</i>	<i>-279</i>
65 - 74 Jahre	<i>109</i>	<i>7,8</i>	<i>18827</i>	<i>18357</i>	<i>18303</i>	<i>-470</i>	<i>-525</i>
75 Jahre und mehr	<i>73</i>	<i>5,2</i>	<i>20016</i>	<i>19092</i>	<i>19107</i>	<i>-923</i>	<i>-909</i>
Insgesamt	<i>1418</i>	<i>100,0</i>	<i>18500</i>	<i>17954</i>	<i>18362</i>	<i>-547</i>	<i>-138</i>
<b>nachrichtlich: Versicherte der GKV</b>							
15 - 24 Jahre	<i>1304</i>	<i>3,9</i>	<i>12370</i>	<i>12365</i>	<i>12081</i>	<i>-6</i>	<i>-289</i>
25 - 34 Jahre	<i>5218</i>	<i>15,4</i>	<i>21653</i>	<i>21760</i>	<i>21776</i>	<i>107</i>	<i>124</i>
35 - 44 Jahre	<i>6567</i>	<i>19,4</i>	<i>28276</i>	<i>28419</i>	<i>28747</i>	<i>143</i>	<i>470</i>
45 - 54 Jahre	<i>5412</i>	<i>16,0</i>	<i>30171</i>	<i>30309</i>	<i>30497</i>	<i>139</i>	<i>326</i>
55 - 64 Jahre	<i>5835</i>	<i>17,2</i>	<i>25383</i>	<i>25450</i>	<i>25552</i>	<i>67</i>	<i>169</i>
65 - 74 Jahre	<i>5145</i>	<i>15,2</i>	<i>20214</i>	<i>20213</i>	<i>20189</i>	<i>-1</i>	<i>-25</i>
75 Jahre und mehr	<i>4367</i>	<i>12,9</i>	<i>16611</i>	<i>16565</i>	<i>16516</i>	<i>-46</i>	<i>-95</i>
Insgesamt	<i>33848</i>	<i>100,0</i>	<i>23716</i>	<i>23788</i>	<i>23880</i>	<i>72</i>	<i>164</i>

Angaben in Kursiv: Fallzahl < 30

Population: Privathaushalte und Personen in Anstalten

Quelle: SOEP 2001.

**Tabelle A8: Veränderung des durchschnittlichen verfügbaren Jahreseinkommens nach Einkommensklassen<sup>1</sup> und Versicherungsstatus des Haushaltsvorstands – Angaben in €**

	N in Tsd.	N in %	Status Quo	Bürger-V	Pauschal-A	Differenz gegenüber dem Status Quo	
						Bürger-V	Pauschal-A
<b>Insgesamt</b>							
< 5113	1219	3,0	3295	3361	3625	66	330
< 10226	4152	10,3	8052	8117	8158	65	105
< 15339	6485	16,1	12788	12859	12794	71	6
< 20452	6665	16,5	17803	17886	18104	83	301
< 25565	5369	13,3	22921	23005	23156	83	235
< 30678	4347	10,8	28066	28088	27937	22	-129
< 35790	3598	8,9	33185	33270	33340	85	155
< 40903	2672	6,6	38165	38160	38424	-5	259
< 51129	3177	7,9	45482	45467	45962	-15	479
51129 und mehr	2615	6,5	67402	67305	67028	-97	-374
Insgesamt	40299	100,0	25463	25510	25597	47	133
<b>Pflichtversichert</b>							
< 5113	508	3,0	3191	3214	3179	23	-12
< 10226	1497	8,9	7907	7936	7984	29	77
< 15339	2360	14,1	12970	13049	13025	79	55
< 20452	3087	18,5	17850	17963	18375	113	525
< 25565	2420	14,5	22998	23109	23323	111	325
< 30678	2205	13,2	28144	28266	27963	122	-182
< 35790	1813	10,8	33221	33425	33483	205	262
< 40903	1283	7,7	38014	38142	38566	129	553
< 51129	1124	6,7	44968	45012	45150	44	182
51129 und mehr	441	2,6	62558	62453	62467	-105	-91
Insgesamt	16738	100,0	24139	24238	24353	99	215
<b>Freiwillig Versichert</b>							
< 5113	143	2,91	3223	3327	3265	105	42
< 10226	240	4,9	7201	7410	7283	210	83
< 15339	292	5,9	12268	12412	12305	144	37
< 20452	497	10,1	17635	17834	18090	199	455
< 25565	596	12,1	22760	23009	23605	250	845
< 30678	463	9,4	27966	28208	28293	242	327
< 35790	550	11,2	33141	33448	33537	306	395

<b>Weiter Tabelle A8</b>							
< 40903	445	9,0	38279	38583	38813	304	533
< 51129	875	17,8	45892	46204	47578	312	1686
51129 und mehr	821	16,7	67362	67561	67243	199	-119
Insgesamt	4922	100,0	34897	35142	35456	245	559
<b>Als Rentner Versichert</b>							
< 5113	191	1,7	3299	3303	3496	5	197
< 10226	1883	16,5	8305	8320	8281	15	-24
< 15339	3320	29,1	12713	12721	12606	8	-106
< 20452	2369	20,8	17777	17777	17765	-1	-12
< 25565	1605	14,1	22828	22810	22751	-17	-76
< 30678	865	7,6	27963	27870	27753	-93	-210
< 35790	561	4,9	32893	32796	32912	-97	19
< 40903	291	2,6	38413	38096	38665	-317	252
< 51129	176	1,5	45020	44816	45061	-205	40
51129 und mehr	151	1,3	62408	61735	62585	-673	176
Insgesamt	11412	100,0	18259	18230	18209	-29	-50
<b>PKV</b>							
< 5113	51	1,0	3033	4176	4706	1143	1673
< 10226	179	3,6	8056	8914	8726	857	670
< 15339	240	4,8	12898	13871	13638	973	740
< 20452	364	7,2	18050	18669	18584	620	534
< 25565	523	10,4	23209	23440	23646	231	437
< 30678	630	12,5	28047	27861	28030	-186	-17
< 35790	517	10,3	33381	33325	33468	-56	86
< 40903	558	11,1	38363	38167	37997	-195	-366
< 51129	851	16,9	45724	45540	45814	-184	90
51129 und mehr	1120	22,2	70146	70026	69509	-120	-638
Insgesamt	5033	100,0	39178	39226	39177	49	-1
<b>Ohne Krankenversicherungsschutz, Freie Heilfürsorge, übers Sozialamt anspruchsberechtigt</b>							
< 5113	210	14,8	4069	4061	4976	-8	908
< 10226	271	19,1	8032	8036	8778	4	746
< 15339	225	15,8	12519	12390	12860	-129	341
< 20452	274	19,4	17458	17077	17386	-381	-72
< 25565	108	7,6	22308	21685	21868	-622	-439

<b>Weiter Tabelle A8</b>							
< 30678	77	5,5	27653	26660	26530	-992	-1122
< 35790	89	6,3	33388	31597	31633	-1792	-1755
< 40903	38	2,7	37620	35287	35340	-2333	-2279
< 51129	88	6,2	46309	44455	44390	-1854	-1919
51129 und mehr	38	2,7	66836	64653	64325	-2182	-2510
Insgesamt	1418	100,0	18500	17954	18362	-547	-138
<b>nachrichtlich: Versicherte der GKV</b>							
< 5113	958	2,8	3139	3164	3272	25	132
< 10226	3702	10,9	8054	8085	8085	31	31
< 15339	6020	17,8	12794	12836	12757	42	-36
< 20452	6026	17,8	17804	17875	18107	72	304
< 25565	4737	14,0	22904	22987	23132	83	228
< 30678	3639	10,8	28079	28158	27951	80	-128
< 35790	2993	8,8	33145	33311	33368	166	223
< 40903	2076	6,1	38122	38211	38596	89	474
< 51129	2238	6,6	45358	45480	46079	122	721
51129 und mehr	1459	4,3	65310	65285	65194	-26	-116
Insgesamt	33848	100,0	23716	23788	23880	72	164

<sup>1</sup>: Die verwendeten Einkommensklassen wurden bei dieser Betrachtungsweise konstant gehalten. Sie orientieren sich an der Einkommenshöhe aus dem Status Quo.

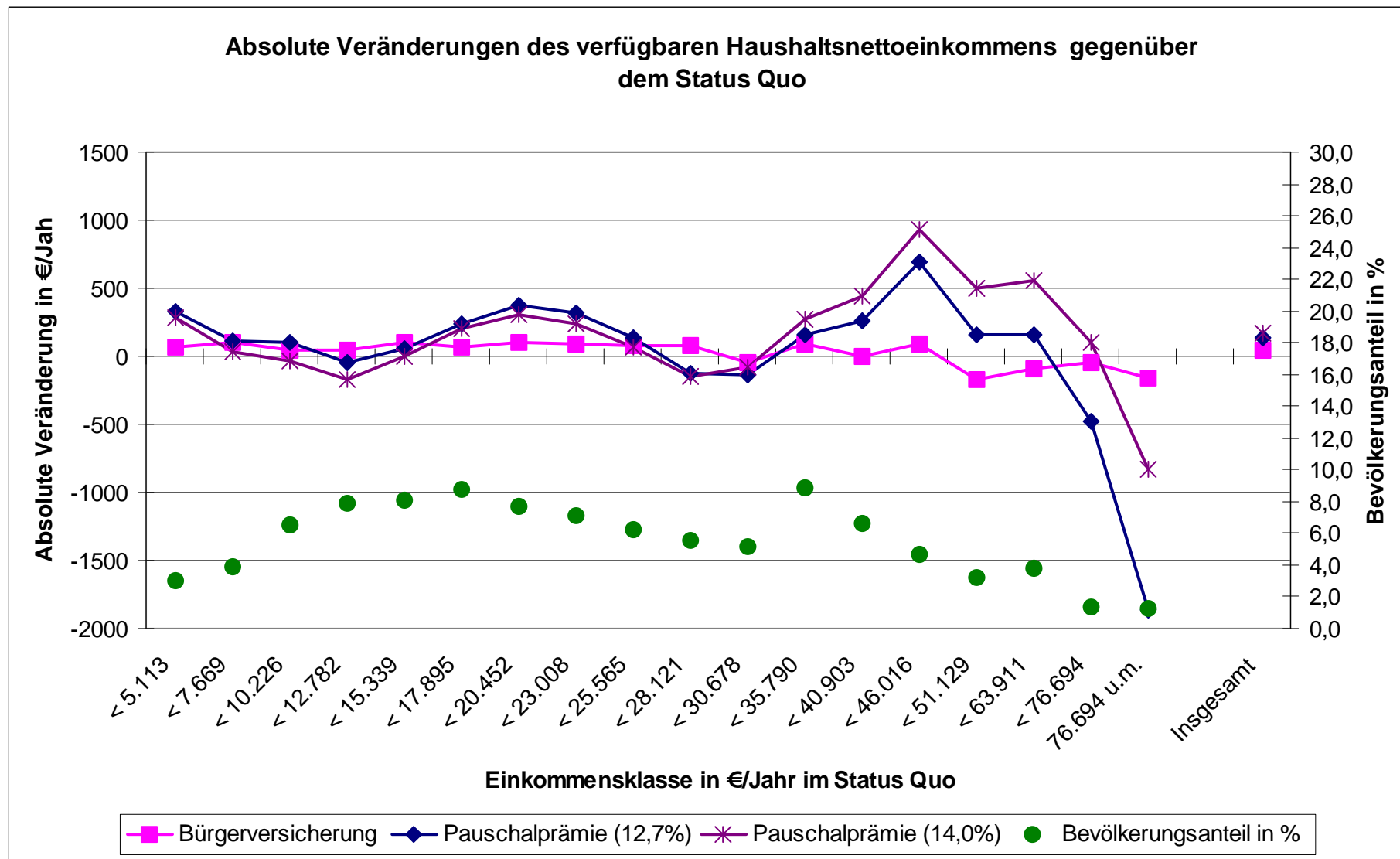
Angaben in Kursiv: Fallzahl < 30

Population: Privathaushalte und Personen in Anstalten

Quelle: SOEP 2001.



Abbildung A1: Absolute Veränderungen des verfügbaren Haushaltsnettoeinkommens gegenüber dem Status Quo



**Tabelle A9: Veränderung des durchschnittlichen verfügbaren Jahreseinkommens nach Haushaltstyp und Versicherungsstatus des Haushaltsvorstands – Angaben in €**

	N in Tsd.	N in %	Status Quo	Bürger-V	Pauschal-A	Differenz gegenüber dem Status Quo	
						Bürger-V	Pauschal-A
<b>Insgesamt</b>							
1 Personen-HH < 65 Jahre Männer	5248	13,0	17553	17507	17780	-46	228
1 Personen-HH < 65 Jahre Frauen	4002	9,9	15095	15167	15329	72	234
1 Personen-HH 65 Jahre und mehr Männer	984	2,4	15993	16005	16052	12	59
1 Personen-HH 65 Jahre und mehr Frauen	4826	12,0	13607	13594	13604	-13	-3
2 Personen-HH beide < 65 Jahre	7174	17,8	31085	31157	31598	72	513
2 Personen-HH beide 65 Jahre und mehr	3111	7,7	24582	24584	24424	2	-159
Paar mit Kindern unter 20 Jahren	7663	19,0	34703	34759	34627	55	-76
Paar mit erwachsenen Kindern	1924	4,8	40325	40552	40319	227	-6
Alleinerziehende mit Kindern bis zu 20 J.	1472	3,7	17354	17468	17737	114	383
Sonstige Haushalte	3894	9,7	31751	31842	31762	91	11
Insgesamt	40298	100,0	25463	25510	25597	47	133
<b>Versicherte der GKV</b>							
1 Personen-HH < 65 Jahre Männer	4132	12,2	15660	15763	16020	103	359
1 Personen-HH < 65 Jahre Frauen	3480	10,3	14602	14673	14826	71	223
1 Personen-HH 65 Jahre und mehr Männer	845	2,5	14790	14766	14851	-24	61
1 Personen-HH 65 Jahre und mehr Frauen	4427	13,1	13015	12978	12988	-37	-27
2 Personen-HH beide < 65 Jahre	5963	17,6	28631	28733	29197	101	566
2 Personen-HH beide 65 Jahre und mehr	2777	8,2	23330	23299	23189	-31	-141
Paar mit Kindern unter 20 Jahren	6246	18,4	32630	32752	32636	122	6
Paar mit erwachsenen Kindern	1596	4,7	38162	38338	38128	176	-34
Alleinerziehende mit Kindern bis zu 20 J.	1031	3,0	17422	17494	17590	72	168
Sonstige Haushalte	3370	10,0	29908	29986	29971	79	63
Insgesamt	33867	100,0	23758	23828	23922	71	164
<b>PKV</b>							
1 Personen-HH < 65 Jahre Männer	826	16,5	29166	28558	28880	-607	-285
1 Personen-HH < 65 Jahre Frauen	403	8,1	21325	21555	21610	229	284
1 Personen-HH 65 Jahre und mehr Männer	124	2,5	24350	24690	24484	339	134
1 Personen-HH 65 Jahre und mehr Frauen	297	6,0	22577	23037	23029	461	452
2 Personen-HH beide < 65 Jahre	1097	21,9	45157	45137	45463	-19	306
2 Personen-HH beide 65 Jahre und mehr	297	5,9	35806	36277	35631	471	-174
Paar mit Kindern unter 20 Jahren	1132	22,7	47934	47849	47552	-85	-382

<b>Weiter Tabelle A9</b>							
Paar mit erwachsenen Kindern	298	6,0	52425	53040	52667	616	242
Alleinerziehende mit Kindern bis zu 20 J.	<i>102</i>	<i>2,0</i>	<i>29763</i>	<i>30706</i>	<i>30920</i>	<i>943</i>	<i>1157</i>
Sonstige Haushalte	423	8,5	46038	46518	45877	481	-161
Insgesamt	4999	100,0	39002	39058	39003	55	1
<b>Ohne Krankenversicherungsschutz, Freie Heilfürsorge, übers Sozialamt anspruchsberechtigt</b>							
1 Personen-HH < 65 Jahre Männer	291	20,3	11457	10892	11269	-565	-188
1 Personen-HH < 65 Jahre Frauen	<i>119</i>	<i>8,3</i>	<i>8375</i>	<i>7930</i>	<i>8729</i>	<i>-445</i>	<i>354</i>
1 Personen-HH 65 Jahre und mehr Männer	<i>15</i>	<i>1,0</i>	<i>14698</i>	<i>14028</i>	<i>14005</i>	<i>-670</i>	<i>-693</i>
1 Personen-HH 65 Jahre und mehr Frauen	<i>101</i>	<i>7,0</i>	<i>13136</i>	<i>12789</i>	<i>12845</i>	<i>-346</i>	<i>-291</i>
2 Personen-HH beide < 65 Jahre	114	8,0	24113	23522	23854	-591	-259
2 Personen-HH beide 65 Jahre und mehr	<i>39</i>	<i>2,8</i>	<i>28412</i>	<i>27185</i>	<i>27108</i>	<i>-1227</i>	<i>-1304</i>
Paar mit Kindern unter 20 Jahren	285	19,8	27568	26712	26910	-855	-658
Paar mit erwachsenen Kindern	<i>30</i>	<i>2,1</i>	<i>34979</i>	<i>34041</i>	<i>34039</i>	<i>-938</i>	<i>-940</i>
Alleinerziehende mit Kindern bis zu 20 J.	339	23,7	13421	13417	14227	-4	806
Sonstige Haushalte	<i>102</i>	<i>7,1</i>	<i>33385</i>	<i>32262</i>	<i>32376</i>	<i>-1123</i>	<i>-1009</i>
Insgesamt	1435	100,0	18545	18011	18420	-533	-124

Angaben in Kursiv: Fallzahl < 30

Population: Privathaushalte und Personen in Anstalten

Quelle: SOEP 2001.

**Tabelle A10: Veränderung des verfügbaren Haushaltseinkommens bei Beamte und Versorgungsempfänger nach Versicherungsstatus, Alter und Haushaltstyp – Angaben in €**

Versicherungsstatus	N in Tsd.	N in %	Status Quo	Bürger-V	Pauschal-A*	Differenz gegenüber dem Status Quo	
						Bürger-V	Pauschal-A
Pflichtversichert, Familienversichert, übers Sozialamt anspruchsberechtigt	-	-	-	-	-	-	-
Freiwillig	128	4,3	38116	38379	37516	263	-601
als Rentner	287	9,6	19970	19993	19311	24	-658
PKV	2324	77,8	37253	37510	36968	257	-285
nicht krankenversichert	155	5,2	34154	32570	32289	-1584	-1865
Freie Heilfürsorge	89	3,0	37408	35782	35653	-1626	-1755
Insgesamt	2986	100,0	35452	35535	34994	83	-459
<b>Alter der Haushaltsvorstand: Beamter oder Versorgungsempfänger</b>							
unter 24 Jahre	18	0,6	13361	13210	13115	-151	-246
25 - 34 Jahre	352	11,8	25321	25102	24979	-219	-342
35 - 44 Jahre	510	17,1	40124	39815	39477	-309	-647
45 - 54 Jahre	634	21,2	44375	44416	43842	41	-533
55 - 64 Jahre	571	19,1	42309	42698	42033	390	-276
65 - 74 Jahre	400	13,4	31374	31566	30829	191	-545
75 Jahre und mehr	501	16,8	22786	23104	22383	318	-403
Insgesamt	2986	100,0	35452	35535	34994	83	-459
<b>Haushaltstyp: Haushaltsvorstand Beamter oder Versorgungsempfänger</b>							
1 Personen-HH < 65 Jahre Männer	308	10,3	23413	23190	23065	-223	-347
1 Personen-HH < 65 Jahre Frauen	211	7,1	22707	23029	22947	322	240
1 Personen-HH 65 Jahre und mehr Männer	90	3,0	21901	21970	21521	69	-380
1 Personen-HH 65 Jahre und mehr Frauen	371	12,4	20536	20545	20189	9	-347
2 Personen-HH beide < 65 Jahre	594	19,9	42104	42052	41965	-52	-139
2 Personen-HH beide 65 Jahre und mehr	309	10,4	31733	32068	31022	335	-711
Paar mit Kindern unter 20 Jahren	551	18,4	44942	44789	44114	-152	-828
Paar mit erwachsenen Kindern	199	6,7	50159	50531	49152	372	-1007
Alleinerziehende mit Kindern bis zu 20 J.	46	1,5	24952	25272	25235	320	283
Sonstige Haushalte	307	10,3	44185	44709	43518	524	-667
Insgesamt	2986	100,0	69339	69501	68442	162	-897

\* Mit Berücksichtigung des sozialen Ausgleichs / - Fallzahl < 10 / Angaben in Kursiv: Fallzahl < 30 / Population: Privathaushalte und Personen in Anstalten  
Quelle: SOEP 2001.

## Abkürzungsverzeichnis

AOK	Allgemeine Ortskrankenkasse
AKV	Allgemeine Krankenversicherung
ALV	Arbeitslosenversicherung
BÄK	Bundesärztekammer
BEMA	Einheitlichen Bewertungsmaßstab für die zahnärztlichen Leistungen
BIP	Bruttoinlandsprodukt
BKK	Betriebskrankenkasse
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BMGS	Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung
BRH	Bundesrechnungshof
BSV	Bundesamt für Sozialversicherung
BVA	Bundesversicherungsamt
BVerfG	Bundesverfassungsgerichts
CT	Computertomographie
DIW	Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung
DKG	Deutsche Krankenhausgesellschaft
EVS	Einkommens- und Verbrauchsstichprobe
GAloV	Gesetzliche Arbeitslosensicherung
GAR	Gesundheitsausgabenrechnung
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GRV	Gesetzliche Rentenversicherung
GSG	Gesundheitsstrukturgesetz
GUV	Gesetzliche Unfallversicherung
HMO	Health Maintenance Organization
JG	Jahrgang
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KVdR	Krankenversicherung der Rentner
LKK	Landwirtschaftlichen Krankenkasse
Mio.	Millionen
Mrd.	Milliarden
MRT	Magnetresonanztomographie
OECD	Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung
PKV	Private Krankenversicherung
RSA	Risikostrukturausgleich
SGB V	Sozialgesetzbuch Nummer Fünf
SOEP	Sozio-oekonomisches Panel
SVRKaiG	Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen
SVR	Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung
VBL	Versorgungsanstalt des Bundes und der Länder
VGR	Volkswirtschaftliche Gesamtrechnung
VPg	Versicherungspflichtgrenze

## Abbildungsverzeichnis

- Abbildung 1: Alters- und geschlechtstandardisierte Ausgabenprofile aus dem Risikostrukturausgleich von GKV-Versicherten der Jahre 1997 und 2001
- Abbildung 2: Wachstum der beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied und des BIP je Erwerbstätigem seit 1980 (alte Bundesländer)
- Abbildung 3: Schematische Darstellung von Möglichkeiten einer Änderung der BBG und VPG und der zu erwartenden Wirkungen
- Abbildung 4: Entwicklung der monatlichen Durchschnittsprämie für Erwachsene, junge Erwachsene und Kinder in der Schweiz 1997-2002
- Abbildung 5: Exemplarische Ergebnisse alternativer Imputationstechniken im Vergleich zu beobachteten Werten für das Einkommen aus abhängiger Beschäftigung ("Kernel-Density-Schätzer")
- Abbildung A1: Absolute Veränderungen des verfügbaren Haushaltsnettoeinkommens gegenüber dem Status Quo

## Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Bevölkerung im Jahre 1999 nach Krankenversicherungsstatus
Tabelle 2:	Einnahmen der GKV nach Einnahmeart (Deutschland insgesamt 2001)
Tabelle 3:	Durchschnittlicher allgemeiner Beitragssatz nach Kassenart 2003
Tabelle 4:	Zuzahlungen in der Gesetzlichen Krankenversicherung
Tabelle 5:	Quote der Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandsprodukt 1970-1998
Tabelle 6:	Ausgaben für Gesundheit nach Ausgabenträgern 1970-1998
Tabelle 7:	Quote der Gesundheitsausgaben der GKV am BIP 1992-2000
Tabelle 8:	Entwicklung des durchschnittlichen Beitragssatzes in der GKV
Tabelle 9:	Lebenserwartung bei Geburt und im Alter von 65 Jahren
Tabelle 10:	Vorausschätzung der Bevölkerungsstruktur in Deutschland bis 2050 nach Altersgruppen
Tabelle 11:	Entwicklung von Alten- und Hochbetagtenquotienten bis 2050
Tabelle 12:	Entwicklung der Einkommen privater Haushalte in Deutschland 1980-2002 nach Einkommensarten
Tabelle 13:	Beitragseinnahmen und Leistungsausgaben für Rentner und deren Familienangehörige in der GKV
Tabelle 14:	Projektionen des Beitragssatzes in der GKV bis zum Jahr 2040
Tabelle 15:	Beitragsbelastungsunterschiede in der GKV im Jahre 2001
Tabelle 16:	Auswirkungen einer veränderten Familienversicherung in der GKV
Tabelle 17:	Auswirkungen einer Ausweitung der Versicherungspflicht und Bemessungsgrundlage im Jahre 1996
Tabelle 18:	GKV Versicherte nach Kostenklassen
Tabelle 19:	Inzidence von Item-Nonresponse ausgewählter Einkommen im SOEP
Tabelle 20:	Krankenversicherungsschutz in Deutschland 2001
Tabelle 21:	Vergleich von Einkommensaggregaten des SOEP mit Referenzstatistiken in 2000
Tabelle 22:	Sozialversicherungspflicht verschiedener Einkommensarten
Tabelle 23:	Aufwand für Arbeitgeberanteil, Beitragszuschuss und impliziten Beitragsanteil im Jahr 2000 nach Empfängergruppen
Tabelle 24:	Geschätzte Leistungsausgaben nach den Ausgabenprofilen des Risikostrukturausgleichs der GKV bei Ausweitung der Versicherungspflicht im Jahr 2000
Tabelle 25:	Beitragseinnahmen der GKV und der PKV im Status Quo – Statistische Ergebnisse und Ergebnisse der Simulationsrechnung
Tabelle 26:	Durchschnittlicher Krankenversicherungsbeitrag, Arbeitgeberbeitrag und Beitragszuschuss nach Versicherungstypen – Ergebnisse der Simulationsrechnung für das Jahr 2001 (Status Quo)
Tabelle 27:	Durchschnittliche Beitragsbelastung je Versicherten gemessen am erweiterten Markteinkommen nach Versicherungstypen – Ergebnisse der Simulationsrechnung für das Jahr 2001 (Status Quo)
Tabelle 28:	Durchschnittliche Beitragsbelastung gemessen am erweiterten Markteinkommen nach Haushaltstypen – Ergebnisse der Simulationsrechnung für das Jahr 2001 (Status Quo)
Tabelle 29:	Durchschnittlicher Krankenversicherungsbeitrag, Arbeitgeberbeitrag und Beitragszuschuss nach Kinderzahl – Ergebnisse der Simulationsrechnung für das Jahr 2001 (Status Quo)
Tabelle 30:	Anteil des Krankenversicherungsbeitrags je Versicherten am erweiterten Haushaltseinkommen nach Einkommensquintilen – Ergebnisse der Simulationsrechnung für das Jahr 2001 (Status Quo)

Tabelle 31:	Zusätzliches Steueraufkommen durch Versteuerung des ausbezahlten Arbeitgeberanteils und von Beitragszuschüssen zur Krankenversicherung in 2000
Tabelle E1:	Veränderung der Beitragseinnahmen nach Versicherungstypen (Modell GKV-BG1 bis GKV-BG7)
Tabelle E2:	Durchschnittliche Beitragsbelastung nach Versicherungstypen (Modell GKV-BG1 bis GKV-BG7)
Tabelle E3:	Veränderung der durchschnittlichen Beitragsbelastung nach Haushaltstypen (Modell GKV-BG1 bis GKV-BG7)
Tabelle E4:	Veränderung der Beitragseinnahmen nach Versicherungstypen (Modell GKV-VP1 bis Bürgerversicherung 5)
Tabelle E5:	Durchschnittliche Beitragsbelastung nach Versicherungstypen (Modell GKV-VP1 bis Bürgerversicherung 5)
Tabelle E6:	Veränderung der durchschnittlichen Beitragsbelastung nach Haushaltstypen (Modell GKV-VP1 bis Bürgerversicherung 5)
Tabelle E7:	Veränderung der Beitragseinnahmen nach Versicherungstypen (Modell Pauschalprämie-GKV1 bis Pauschalprämie 4)
Tabelle E8:	Durchschnittliche Beitragsbelastung nach Versicherungstypen (Modell Pauschalprämie-GKV1 bis Pauschalprämie 4)
Tabelle E9:	Veränderung der durchschnittlichen Beitragsbelastung nach Haushaltstypen (Modell Pauschalprämie-GKV1 bis Pauschalprämie 4)
Tabelle E10:	Veränderung der Beitragseinnahmen nach Versicherungstypen (Modell GKV-Familie 1 bis GKV-Diff)
Tabelle E11:	Durchschnittliche Beitragsbelastung nach Versicherungstypen (Modell GKV-Familie 1 bis GKV-Diff)
Tabelle E12:	Veränderung der durchschnittlichen Beitragsbelastung nach Haushaltstypen (Modell GKV-Familie 1 bis GKV-Diff)
Tabelle E13:	Veränderung der Beitragseinnahmen nach Versicherungstypen (Modell GKV-Risikoäquivalent und Risikoäquivalent)
Tabelle E14:	Durchschnittliche Beitragsbelastung nach Versicherungstypen (Modell GKV-Risikoäquivalent und Risikoäquivalent)
Tabelle E15:	Veränderung der durchschnittlichen Beitragsbelastung nach Haushaltstypen (Modell GKV-Risikoäquivalent und Risikoäquivalent)
Tabelle E16:	Anteil des Krankenversicherungsbeitrags am erweiterten Haushaltseinkommen (gemessen am äquivalenzgewichteten erweiterten Haushaltseinkommen) nach sozialem Ausgleich: Absolute Veränderung gegenüber dem Status Quo in Prozentpunkten
Tabelle E17:	Anteil des Krankenversicherungsbeitrags am erweiterten Haushaltseinkommen nach Haushaltsgröße (gemessen am äquivalenzgewichteten erweiterten Haushaltseinkommen) nach sozialem Ausgleich: Absolute Veränderung gegenüber dem Status Quo in Prozentpunkten
Tabelle E18:	Veränderter Solidaritätszuschlag zur Gegenfinanzierung des sozialen Ausgleich
Tabelle E19:	Veränderung des verfügbaren Haushaltsnettoeinkommens gegenüber dem Status Quo
Tabelle E20:	Durchschnittliche Steuerquote bezogen aufs Total-Income
Tabelle E21:	Belastungsquote durch Krankenversicherungsbeiträge bezogen aufs Total-Income
Tabelle E22:	Veränderung des verfügbaren Haushaltsnettoeinkommens gegenüber dem Status Quo von Alleinlebenden und Familien



Tabelle E23:	Veränderung des verfügbaren Haushaltsnettoeinkommens gegenüber dem Status Quo nach Haushaltsgröße
Tabelle E24:	Veränderung des verfügbaren Haushaltsnettoeinkommens gegenüber dem Status Quo als Anteil vom verfügbaren Einkommen
Tabelle A1:	Bedarf für den sozialen Ausgleich im Pauschalprämienmodell
Tabelle A2:	Gegenfinanzierung des Bedarf für den sozialen Ausgleich im Pauschalprämienmodell
Tabelle A3:	Zusätzliche Beitragseinnahmen im Modell einer Bürgerversicherung im Vergleich zum Status Quo nach Versicherungsstatus
Tabelle A4:	Veränderung der durchschnittlichen Krankenversicherungsprämie nach Versichertenstatus
Tabelle A5:	Veränderung des durchschnittlichen individuellen Krankenversicherungsbeitrags nach Alter der Versicherten
Tabelle A6:	Veränderung des durchschnittlichen verfügbaren Jahreseinkommens nach Versicherungsstatus des Haushaltsvorstand
Tabelle A7:	Veränderung des durchschnittlichen verfügbaren Jahreseinkommens nach dem Alter und Versicherungsstatus des Haushaltsvorstands
Tabelle A8:	Veränderung des durchschnittlichen verfügbaren Jahreseinkommens nach Einkommensklassen und Versicherungsstatus des Haushaltsvorstands
Tabelle A9:	Veränderung des durchschnittlichen verfügbaren Jahreseinkommens nach Haushaltstyp und Versicherungsstatus des Haushaltsvorstands
Tabelle A10:	Veränderung des verfügbaren Haushaltseinkommens bei Beamte und Versorgungsempfänger nach Versicherungsstatus, Alter und Haushaltstyp

## Übersichtsverzeichnis

- Übersicht 1: Kostendämpfung durch Budgets und Ausgabenobergrenzen 1989-2000
- Übersicht 2: Einflussfaktoren der Beitrags- bzw. Beitragssatzentwicklung - GKV und PKV im Vergleich
- Übersicht 3: Organisation und Finanzierung des Sozialstaats - Idealtypen
- Übersicht 4: Charakteristika verschiedener Formen des Gesundheitsschutzes
- Übersicht 5: Fremdleistungen in der GKV 1994, 1995 und 1997
- Übersicht 6: Ausgewählte Formen von Selbstbeteiligungen
- Übersicht 7: Einkommenskomponenten und Imputation im SOEP
- Übersicht 8: Verwendete Modellparameter und Modellannahmen
- Übersicht 9: Durchschnittliche Beitragssätze in der GKV 2001
- Übersicht 10: Beitragshöhe in der GKV nach Einkommensarten für pflicht- und freiwillig versicherte Arbeitnehmer und Rentner im Status Quo<sup>1</sup> und in den Reformmodellen
- Übersicht 11: Varianten eines Pauschalprämienmodells
- Übersicht 12: Modellvarianten von Reformen der Finanzierung von Krankenversicherungsschutz

## Literaturverzeichnis

- Abholz, Heinz-Harald (1995): Rationale Leistungssteuerung und Rationierung der Medizin. In: Isenberg, Thomas und Malzahn, Jürgen (Hg.): Wieviel Krankheit können Sie sich noch leisten? Frankfurt/M. Verlag für Akademische Schriften, S. 152-169.
- Abholz, Heinz-Harald (1998): Das Primärarzt-System. In: Knoche, Monika und Hungeling, Germanus (Hg.): Soziale und ökologische Gesundheitspolitik. Frankfurt/M., Mabuse Verlag, S. 253-263.
- AIN (Arbeitskreis Ingenieure und Naturwissenschaftler (2002): Gehaltstabellen. Gehaltstabellen für Bayerische Metall- und Elektroindustrie. (<http://www.ain-online.net/ain26.html> vom 7.8.2002).
- Alber, Jens (1989). Die Steuerung des Gesundheitswesens in vergleichender Perspektive. Journal für Sozialforschung, 29 (3), S. 259-284.
- Andersen, Hanfried; Grabka, Markus M.; Schwarze, Johannes (2002): Wechslerprofile – Risikoprofile. Zum relativen Beitragsbedarf der Kassenwechsler 1997 – 2001. In: Arbeit und Sozialpolitik Heft 7/8, S. 20-33.
- Arbeitsgruppe Alternative Wirtschaftspolitik (2000): Gegen erfundene Sparzwänge. Für den Erhalt der solidarischen Rentenversicherung. In: Soziale Sicherheit, Nr. 10 , S. 337-343.
- Arnold, Michael (1995): Solidarität 2000. Die medizinische Versorgung und ihre Finanzierung nach der Jahrtausendwende. 2. Aufl., Stuttgart, Enke.
- Arnold, Michael (1998): Die Janusköpfigkeit des medizinischen Fortschritts. In: Universitas, 53 Jg., Nr. 622, April, S. 308-318.
- Arrow, Kenneth J.; Debreu, Gerard (1954): Existence of an Equilibrium for a Competitive Economy. In: Econometrica, Vol. 22, S. 265–290.
- Ärzte Zeitung (2002): Kassen leben kräftig auf Kredit. GKV kämpft mit elf Milliarden Euro Schulden. <http://www.aerztezeitung.de/docs/2002/12/11/225a0403.asp?nproductid=2544&narticleid=2410> 70, Ärzte Zeitung vom 11.12.2002.
- Bach, Stefan und Bartholmai, Bernd (2002): Perspektiven der Vermögensbesteuerung in Deutschland. Vorläufiger Endbericht. Forschungsprojekt im Auftrag der Hans-Böckler-Stiftung. Berlin, DIW Berlin.
- Bäcker, Gerhard; Bispinck, Reinhard; Hofemann, Klaus; Naegle, Gerhard (2000): Sozialpolitik und soziale Lage in Deutschland. 2 Bd., Opladen, Westdeutscher Verlag.
- Badura, Bernhard (1999): Der Patient als Koproduzent im Krankenhaus. Krankenhaus und Recht 1, S. 3-8.
- Barmer Ersatzkasse (2001): Presseinformationen. [www.barmer.de/upload/3/presseinformationen/hintergrundinformationen/hintergrundinformation/enupload/01finanzen.doc](http://www.barmer.de/upload/3/presseinformationen/hintergrundinformationen/hintergrundinformation/enupload/01finanzen.doc) vom 7.11.2001.
- Barmer Ersatzkasse (2002): Sozialversicherungspflicht verschiedener Einkommensarten [http://www.barmer.de/themenwelten/unternehmen/lexikon/arbeitsentgelt/id\\_3006/c\\_index.html](http://www.barmer.de/themenwelten/unternehmen/lexikon/arbeitsentgelt/id_3006/c_index.html) vom 7.8.2002
- Bandelow, Nils C. (1998): Gesundheitspolitik. Der Staat in der Hand einzelner Interessengruppen?. Leske und Budrich: Opladen.
- Baumberger, Jürg (1997): Das Gesundheitswesen von morgen: Umbau oder Abbau? In: Merke, Klaus (Hg.): Umbau oder Abbau im Gesundheitswesen? Berlin: Quintessenz, S. 252-259.
- BDA (Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände) (2001): Memorandum "Gesundheitswesen modernisieren und bezahlbar machen", Mimeo, Berlin, Oktober.
- Beck, Hanno und Prinz, Aloys (1998): Fremdlastenarithmetik: Sind die Sozialversicherungen noch zu retten?. In: Arbeit und Sozialpolitik, Heft 5-6, S. 29-39.
- Bedau, Klaus-Dietrich; Fahrlaender, Stefan; Seidel, Bernhard; Teichmann, Dieter (1998): Wie belastet die Mehrwertsteuererhöhung private Haushalte mit unterschiedlich hohem Einkommen? DIW Wochenbericht, Nr. 14/98, S. 249-257.
- Bedau, Klaus-Dietrich (1999): Geldvermögen und Vermögenseinkommen der privaten Haushalte. In: DIW Wochenbericht Nr. 30/1999, S. 559-576.
- Berg, H. (1986): Bilanz der Kostendämpfungspolitik im Gesundheitswesen seit 1977. In: Soziale Sicherheit, 5, S.148-155.
- Bertelsmannstiftung (2001). Effiziente Krankenversicherung als Voraussetzung für ein hohes Leistungsniveau im Gesundheitswesen. <http://www.stiftung.bertelsmann.de/publika/download/texte/krankenvers.doc> .
- Berthold, Norbert (2001): Der Sozialstaat der Zukunft – mehr Markt, weniger Staat. In: Wirtschaftswissenschaftliche Beiträge des Lehrstuhls für Volkswirtschaftslehre, Wirtschaftsordnung und Sozialpolitik, Würzburg, Nr. 47.
- Beske, Fritz (1997): Hat die solidarische Krankenversicherung eine Zukunft? In: Merke, Klaus (Hrsg.): Umbau oder Abbau im Gesundheitswesen? Berlin: Quintessenz, S. 18-23.

- Beske, Fritz (2000): Neubestimmung und Finanzierung des Leistungskatalogs der Gesetzlichen Krankenversicherung. Kiel, Institut für Gesundheits-System-Forschung (IGSF).
- Beske, Fritz und Kern, Axel Olaf (2000): Zum Stand der Fremdleistungen in der gesetzlichen Krankenversicherung 1997. Schriftenreihe des IGSF, Bd. 81.
- Beske, Fritz (2002): Berliner Konzept einer Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung. Schriftenreihe des Fritz-Beske-Institut für Gesundheits-System-Forschung (IGSF), Kiel, Nr. 93. Kiel: Schmidt & Klaunig.
- BfA (Bundesversicherungsanstalt für Angestellte) (2002): Beitragssätze zur Sozialversicherung (§ 158, § 287 SGB VI, BMA, BMG) [http://www.bfa-berlin.de/ger/ger\\_zahlenfakten.8/ger\\_rvwerte.81/ger\\_81\\_beitragssatz.html](http://www.bfa-berlin.de/ger/ger_zahlenfakten.8/ger_rvwerte.81/ger_81_beitragssatz.html) vom 23.4.2003.
- Blanke, Bernhard (1999): Sozialstaat im Wandel: vom Sozialversicherungsstaat zum "sozialen Dienstleistungsstaat". Hannover, Diskussionspapier der Forschungsstelle für Gesundheitsökonomie und Gesundheitssystemforschung, Nr. 23.
- BMA (Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung) (Hrsg.) (2001): Lebenslagen in Deutschland. Der erste Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung. Bonn.
- Boetius, Jan und Wiesemann, Hans-Olaf (1998): Die Finanzierungsgrundlagen in der Krankenversicherung. Zur Grenzziehung zwischen GKV und PKV. Köln: Verband der privaten Krankenversicherung.
- Böcken, Jan; Butzlaff, Martin; Esche, Andreas (Hrsg.) (2000): Reformen im Gesundheitswesen. Gütersloh, Verlag Bertelsmann Stiftung.
- Bofinger, Peter (2002): Ohne ordnungspolitisches Leitbild gehen Sozialreformen in die falsche Richtung. In: Wirtschaftsdienst, Nr. 12, S. 717-724.
- Bontrup, Heinz-J. (1999): Zu den Irrtümern am Gesundheitsmarkt. In: Sozialer Fortschritt, Heft 4, S. 84-92.
- Börsch-Supan, A. (1998), Zur deutschen Diskussion eines Übergangs vom Umlage- zum Kapitaldeckungsverfahren in der gesetzlichen Rentenversicherung, Finanzarchiv 55, 400-428.
- Börsch-Supan, A (2000), Soziale Sicherung: Herausforderungen an der Jahrhundertwende, Beiträge zur angewandten Wirtschaftsforschung, Institut für Volkswirtschaftslehre und Statistik, Diskussionspapier Nr. 590, Mannheim.
- Börsch-Supan, A. und Winter, J. (2001), Soziale Sicherungssysteme im globalen Wettbewerb, in: Röller, L.-H. und Wey, C. (Hrsg.), Die Soziale Marktwirtschaft in der neuen Weltwirtschaft, Berlin, WZB-Jahrbuch 2001, 111-133.
- Boetius, Jan und Wiesemann, Hans-Olaf (1998): Die Finanzierungsgrundlagen in der Krankenversicherung. Zur Grenzziehung zwischen GKV und PKV. PKV Dokumentation Nr. 22, Köln.
- Bohm, Steffen; Jacobs, Klaus; Reschke, Peter (1996): Notwendigkeit und Möglichkeiten eines Umbaus der Finanzierung in der gesetzlichen Krankenversicherung. Düsseldorf, Hans Böckler Stiftung, Graue Reihe, Bd. 111.
- Boldrin, M.; Dolado, J.; Jimenez, S.; Perrachi, F. (1999), Rescuing Unfunded Pensions, Economic Policy 29, 289-320.
- Braakmann, Albert (2003): Qualität und Genauigkeit der Volkswirtschaftlichen Berechnungen. In: Allgemeines statistisches Archiv, 87, S. 183-199.
- Braun, B.; Kühn, H.; Reiners, H. (1999), Das Märchen von der Kostenexplosion: Populäre Irrtümer zur Gesundheitspolitik, Frankfurt/M.
- Brennecke, R. (1991): „Microsimulation of the Costs of the Health System in the Federal Republic of Germany“. In: Econometrics of Health Care, Kluwer Academic Publishers, S. 203-224.
- Brümmerhoff, Dieter und Lützel, Heinrich (2002): Lexikon der Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnungen. 3. Aufl., München, Wien: Oldenbourg.
- Breyer, Friedrich (1997a): Das deutsche Gesundheitswesen – ein Exportmodell? Wettbewerb der Gesundheitssysteme. In: Merke, K. (Hrsg.): Umbau oder Abbau im Gesundheitswesen? Berlin, S.301-302.
- Breyer, Friedrich (1997b): „Beitragsfreie Mitversicherung“ und „Familienlastenausgleich“ in der GKV: ein populärer Irrtum. In: Konjunkturpolitik, Jg. 43, Heft 3, S. 213-223.
- Breyer, Friedrich und Zweifel, Peter (1999): Gesundheitsökonomie. 3. überarb. Auflage, Springer, Berlin u.a.
- Breyer, Friedrich (2000a): Zukunftsperspektiven der Gesundheitssicherung. In: Hauser, Richard (Hrsg.): Die Zukunft des Sozialstaats, Berlin, Duncker und Humblot, S. 167- 199.
- Breyer, Friedrich (2000b), Kapitaldeckungs- versus Umlageverfahren, Perspektiven der Wirtschaftspolitik Vol 1 (4), S. 383-406.
- Breyer, Friedrich und Ulrich, Volker (2000a): Demographischer Wandel, medizinischer Fortschritt und der Anstieg der Gesundheitsausgaben. In: Wochenbericht des DIW, Nr.24, S. 375-379.
- Breyer, Friedrich, Volker, Ulrich (2000b), Gesundheitsausgaben, Alter und medizinischer Fortschritt, Eine Regressionsanalyse, Jahrbücher für Nationalökonomie und Statistik 220(1), S. 1-17.

- Breyer, Friedrich / Grabka, M.M. / Jacobs, K. / Meinhardt, V. / Ryll, A. / Schulz, E. / Spieß, C.K. / Wagner, G.G. (2001), Wirtschaftliche Aspekte der Märkte für Gesundheitsdienstleistungen. Ökonomische Chancen unter sich verändernden demographischen und wettbewerblichen Bedingungen in der Europäischen Union, Gutachten des DIW Berlin im Auftrag des Bundesministeriums für Wirtschaft und Technologie, Berlin.
- Breyer, Friedrich (2003a): Einkommensbezogene versus pauschale GKV-Beiträge - eine Begriffsklärung. In: DIW Diskussionspapier Nr. 330.
- Breyer, Friedrich (2003b): Reform oder nur Reförmchen ? In: Süddeutsche Zeitung, vom 13.8.2003, S.2.
- Brinkmann, Henrik (2002): Rettungsdienst: Flott, aber teuer. In: Gesundheit und Gesellschaft, Jg. 5 (5), S. 20-25.
- Brückner, Karl H. (2001): Experten sind sich einig: Vieles spricht für eine Integration von Kranken- und Pflegeversicherung. In: Ärztezeitung, 27./28. Juli 2001, S. 2.
- Brümmerhoff, D. (1991), Äquivalenzprinzip versus Solidaritätsprinzip in der Gesetzlichen Krankenversicherung, in: Hansmeyer, K.-H. (Hrsg.), Finanzierungsprobleme der sozialen Sicherung II, Berlin, Duncker & Humblot, 177-211.
- BSG (Bundessozialgericht) (2002): Presse-Mitteilung Nr. 22 vom 26.4.2002.
- BSG (Bundessozialgericht) (2001): Volltext des Urteils des BSG vom 11. Oktober 2001, Az: B 12 KR 19/00 R. ([http://www.kv-media.de/Internet/UrteileKV/b12kr19\\_00r.htm](http://www.kv-media.de/Internet/UrteileKV/b12kr19_00r.htm) vom 9.8.2002).
- BSV (Bundesamt für Sozialversicherung) (1997): Statistik über die Krankenversicherung 1997. Vom Bund anerkannte Versicherungsträger.
- BSV (Bundesamt für Sozialversicherung) (1998): Evaluation neuer Formen der Krankenversicherung. Synthesebericht, Forschungsbericht Nr. 1/98.
- BSV (Bundesamt für Sozialversicherung) (2001): Statistik über die Krankenversicherung 2000. Vom Bund anerkannte Versicherungsträger.
- BSV (Bundesamt für Sozialversicherung) (2002): Kantonale Durchschnittsprämien 1999/2000, Krankenpflege-Grundversicherung (mit Unfall). ([www.bsv.admin.ch/statistik/details/d/svs/kv.htm](http://www.bsv.admin.ch/statistik/details/d/svs/kv.htm) vom 14.2.2002).
- Buchholz, Edwin H. (Hrsg.) (1988): Das Gesundheitswesen in der Bundesrepublik Deutschland. Berlin , u.a.O.
- Buchholz, Wolfgang (2001): Marktversagen und Staatseingriffe im Gesundheitswesen: Die Pflichtversicherungslösung als Alternative. In: Schmollers Jahrbuch 121, S.83-104.
- Buchholz, W. und Wiegand, W. (1992): Allokative Überlegungen zur Reform der Pflegevorsorge. In: Jahrbücher für Nationalökonomie und Statistik, 209 (5-6), Stuttgart.
- Buchholz, Wolfgang; Edener, Birgit; Grabka, Markus M.; Henke, Klaus-Dirk; Huber, Monika; Ribhegge, Hermann; Ryll, Andreas; Wagener, Hans-Jürgen; Wagner, Gert G. (2001), Wettbewerb aller Krankenversicherungen kann Qualität verbessern und Kosten des Gesundheitswesens senken, DIW Diskussionspapier, Nr. 247, Berlin.
- Buchner, F. und J. Wasem (2000): Versteilerung der alters- und geschlechtsspezifischen Ausgabeprofile von Krankenversicherern. Wirtschaftswissenschaftliche Diskussionspapiere der Rechts- und Staatswissenschaftlichen Fakultät an der Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald, Nr. 1/00.
- Bundesanstalt für Arbeit (2003): Statistiken der Bundesanstalt für Arbeit. [www.arbeitsamt.de](http://www.arbeitsamt.de).
- Bundesfinanzministerium (2001): Steuereinnahmen nach Steuergruppen. Ist-Ergebnisse, Referat I A 6, vom 1.8.2001.
- Bundesgesetzblatt (2002): Gesetz zur Sicherung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung und in der gesetzlichen Rentenversicherung (Beitragssatzsicherungsgesetz – BSSichG). Teil I Nr. 87, Bonn am 30. Dezember 2002, S. 4637.
- Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMA) (1997): Arbeits- und Sozialstatistik. Hauptergebnisse 1997.
- Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (2001a): Daten des Gesundheitswesens. Ausgabe 2001. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Band 137. Nomos Verlagsgesellschaft Baden-Baden.
- Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (2001b): Ulla Schmidt: GKV-Finanzentwicklung im Jahr 2000 unterstreicht Handlungsbedarf. Presserklärung Nr. 13 vom 6.3.2001.
- Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (2002): Ulla Schmidt: Neue Runde in der Vernebelungsstrategie der privaten Krankenversicherung. Pressemitteilung Nr. 82 vom 26. Juni 2002. Bonn.
- Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS) (2002): Übersicht über das Sozialrecht. Lastenausgleich, S. 695-705.
- Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS) (2003a): Kennzahlen und Faustformeln der GKV. Tabelle: KF03Bund, Stand März 2003.
- Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS) (2003b): Pressemitteilung des BMGS vom 05. März 2003.

- Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS) (2003c): Nachhaltigkeit in der Finanzierung der sozialen Sicherungssysteme. Bericht der Kommission.
- Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS) (2003d): Schriftliche Fragen im Oktober 2003 Arbeitsnummern 10/140 bis 10/143. Brief der Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt an Horst Seehofer aufgrund einer kleinen parlamentarischen Anfrage. Bonn, 29. Oktober 2003.
- Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände (BDA) (2001): Memorandum: "Gesundheitswesen modernisieren und bezahlbar machen". Mimeo, Oktober.
- Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände (BDA) (2002): Stellungnahme der Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände (BDA) zur öffentlichen Anhörung des Ausschusses für Gesundheit des Deutschen Bundestages zu drei Vorlagen, betreffend die Zukunft der Pflegeversicherung BT-Drucksachen 14/6327, 14/8364 und 14/8864. Berlin, Mai 2002.
- Bundesversicherungsamt (ohne Jahresangabe): Leitfaden zum Risikostrukturausgleich in der gesetzlichen Krankenversicherung, Berlin.
- Burger, Christina. (1997): Marktversagen bei Gesundheitsgütern. Ein Überblick mit besonderer Berücksichtigung der medizinischen Prävention. Jahrbuch. für Wirtschaftswissenschaften, Band 48(1), S.89-112.
- Burtless, G. (2000), Social Security Privatization and Financial Market Risk: Lessons from U.S. Financial History, DIW Discussionpaper, No. 211, Berlin.
- Busch, S.; Pfaff, A.B.; Rindsfüßer, C. (1993): Selbstbeteiligung und daraus resultierende Beitragsentlastungen nach dem Gesundheits-Strukturgesetz. In: Sozialer Fortschritt, Jg. 42, Heft 4/5, S. 114-121.
- Butrica, Barbara A. (1994): Imputation Methods for Filling in Missing Values in the PSID-GSOEP Equivalent File 1980-1994. Syracuse.
- BVerfG (Bundesverfassungsgericht) (1980): 2 BvF 3/77 vom 10.12.1980, (Fundstelle: BverfGE 55, 274).
- BVerfG (Bundesverfassungsgericht) (2000): 1 BvL 16/96 vom 15.3.2000, Absatz-Nr. (1 - 101). ([http://www.bverfg.de/cgi-bin/link.pl?entscheidungen\\_vom\\_11.6.2002](http://www.bverfg.de/cgi-bin/link.pl?entscheidungen_vom_11.6.2002)).
- BVerfG (Bundesverfassungsgericht) (2001a): 1 BvL 4/96 vom 22.5.2001, Absatz-Nr. (1-46). ([http://www.bverfg.de/entscheidungen/frames/ls20010522\\_1bvl000496\\_vom\\_28.3.2003](http://www.bverfg.de/entscheidungen/frames/ls20010522_1bvl000496_vom_28.3.2003)).
- BVerfG (Bundesverfassungsgericht) (2001b): 2 BvR 2442/94 vom 25.9.2001, Absatz-Nr. (1- 21), ([http://www.bverfg.de/entscheidungen/frames/rk20010925\\_2bvr244294\\_vom\\_25.6.2003](http://www.bverfg.de/entscheidungen/frames/rk20010925_2bvr244294_vom_25.6.2003)).
- BverfG (Bundesverfassungsgericht) (2003): 1 BvR 624/01 vom 12.2.2003, Absatz-Nr. (1 - 49), ([http://www.bverfg.de/entscheidungen/rs20030212\\_1bvr062401.html\\_vom\\_15.9.2003](http://www.bverfg.de/entscheidungen/rs20030212_1bvr062401.html_vom_15.9.2003)).
- BverfG (Bundesverfassungsgericht) (2004): 1 BvR 2152/03 vom 18.2.2004, Absatz-Nr. (1-3), ([http://www.bverfg.de/entscheidungen/rk20040218\\_1bvr215203.html\\_vom\\_12.3.2004](http://www.bverfg.de/entscheidungen/rk20040218_1bvr215203.html_vom_12.3.2004)).
- Burkhauser, R.V. / Butrica, B.A. / Daly, M.C. / Lillard, D. (2000), The PSID-GSOEP Equivalent File: A Product of Cross-National Research, Cornell working paper. Ithaka, NY.
- Busse, Reinhard und Howorth, Chris (1997): Fixed Budgets in the Pharmaceutical Sector in Germany: Effects on Costs and Quality. In: Schwartz, F.W. et al. (Ed.): Fixing Health budgets: Experience from Europe and North America. Wiley & Sons, Chichester u.a., S. 109-127.
- Busse, Reinhard (2004): Europäische Union. Neue Verfassung, neue Sozialpolitik? In: Gesundheit und Gesellschaft, Nr. 2, S. 34-40.
- Callahan, D. (1996) Aging and the allocation of resources. In Oberender, P. (Hrsg.): Alter und Gesundheit. Baden-Baden, S. 83-92.
- Canberra Group (2001): Expert Group on Household Income Statistics: Final Report and Recommendations, Ottawa.
- Chevallier, Oskar de la (1993): Unternehmensgewinne in der volkswirtschaftlichen Gesamtrechnung - Eine ergänzende Analyse. In: Vierteljahrshefte zur Wirtschaftsforschung, Heft 3-4, S. 204-221.
- Cassel, Dieter; Knappe, Eckhard; Oberender, Peter (1997): Für Marktsteuerung, gegen Dirigismus im Gesundheitswesen. In: Wirtschaftsdienst, I, S. 29-36.
- Cassel, Dieter (1998): Einnahmeentwicklung der GKV und Finanzierungsoptionen: Zusammenfassung der Arbeitsgruppe 1. In: Wille, E. und Albring, M. (Hrsg.): Reformoptionen im Gesundheitswesen. Frankfurt/M. u.a.O., Peter Lang, S. 202-214.
- Cassel, D. und Janssen, J. (1999), GKV-Wettbewerb ohne Risikostrukturausgleich? In: Knappe, E. (Hrsg.): Wettbewerb in der GKV. Baden-Baden, S. 11-49.
- Cassel, Dieter (2001), Demographischer Wandel - Folgen für die gesetzliche Krankenversicherung, Wirtschaftsdienst 81(2), 87-91.
- Cassel, Dieter und Oberdieck, Veit (2002): Kapitaldeckung in der Gesetzlichen Krankenversicherung. In: Wirtschaftsdienst, Nr. 1, S. 15-22.
- Cassel, Dieter und Postler, Andreas (2003): Warten auf Rürup? Zur Dringlichkeit einer Finanzierungsreform der GKV. In. Wirtschaftsdienst, Nr. 7, S. 437-444.

- Daumann, Frank und Thielbeer, Markus (1999): Wettbewerbspolitische Erfordernisse und reformspektiven des Marktes für private Krankenversicherungen. In: Jahrbuch für Wirtschaftswissenschaften, Bd. 50, Heft 3, S. 263-289.
- Dennerlein, R. und Schneider, M. (1982): Mikrosimulation im Gesundheitswesen. Campus, Frankfurt/Main, New York.
- Depenheuer, Otto (1991): Solidarität im Verfassungsstaat - Grundlegung einer normativen Theorie der Verteilung, Bonn.
- Deppe, Hans-Ulrich (1996): Competition or Solidarity in Health Care. In: Iliffe, S. und Deppe, H.-U. (Eds.): Health Care in Europe: Competition or Solidarity. Frankfurt, S.6-9.
- Deppe, Hans-Ulrich (2001): "Zur sozialen Anatomie des Gesundheitssystems – Neoliberalismus und Gesundheitspolitik". In: Institut für sozial-ökologische Wirtschaftsforschung München e.V. (ISW) (Hrsg.): Gesundheit - ein Mordsgeschäft. Isw-report 48, 09/2001, S. 3-8
- Deutscher Bundestag (Hrsg.) (1998). Zweiter Zwischenbericht der Enquete-Kommission Demographischer Wandel – Herausforderungen unserer älter werdenden Gesellschaft an den Einzelnen und die Politik, Bonn.
- Deutscher Bundestag (2001): Bericht des Petitionsausschusses (2. Ausschuss). Drucksache 14/5882.
- Deutscher Bundestag (2002): Drucksache 14/9492. 14. Wahlperiode vom 18. 06. 2002. Antwort der Bundesregierung auf die Große Anfrage der Abgeordneten Dr. Barbara Höll, Dr. Dietmar Bartsch, Heidemarie Ehlert, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der PDS. – Drucksache 14/7912 – Verteilung und Verteilungswirkungen der Steuern und Abgaben.
- Deutscher Bundestag (2002): Enquete-Kommission Demographischer Wandel: "Demographischer Wandel - Herausforderungen unserer älter werdenden Gesellschaft an den Einzelnen und die Politik". Auftrag und Zielsetzung der Enquete-Kommission "Demographischer Wandel". [http://www.bundestag.de/gremien/demo/demo\\_auf.html](http://www.bundestag.de/gremien/demo/demo_auf.html) vom 28.02.2002
- Deutscher Gewerkschaftsbund (DGB) (2001): Zur Einkommensentwicklung in Deutschland: Arbeitnehmerkaufkraft seit 1991 stetig gesunken. Tabellen, Erläuterungen, Kommentare und Schaubilder. Stand August 2001, DGB-Bundesvorstand Berlin.
- Deutscher Städte- und Gemeindebund ((DStGB) (2003): Gesundheitsreform überfällig - Keine Lastenverschiebung in die Sozialhilfe. Einbeziehung aller Sozialhilfebezieher in die gesetzliche Krankenversicherung umsetzen!. Pressemitteilung Nr. 30 vom 16. Mai 2003, Berlin (<http://www.presse-service.de/static/54/545410.html>).
- Dittrich, Klaus (1999): „Wer soll Gesundheit bezahlen?“. In: Die Krankenversicherung, 51. Jg., Heft 6, S. 181-182.
- Döring, D. (1995): Anmerkungen zum Gerechtigkeitsbegriff der Sozialpolitik mit besonderer Berücksichtigung liberaler Wertvorstellungen zur Sozialversicherung. In: Döring, D. et al. (Hrsg.): Gerechtigkeit und Wohlfahrtsstaat. Marburg, S.67- 113.
- Ebsen, Ingwer; Greß, Stefan; Jacobs, Klaus; Szecsenyi, Joachim; Wasem, Jürgen (2003): Vertragswettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung zur Verbesserung von Qualität und Wirtschaftlichkeit der Gesundheitsversorgung. Gutachten im Auftrag des AOK-Bundesverbands. Endbericht.
- Ehlers, Alexander P.F. (1998): Der Leistungskatalog der Krankenkassen im Lichte des Solidaritätsprinzips. In: Wille, E. und Albring, M. (Hrsg.): Reformoptionen im Gesundheitswesen. Frankfurt/M. u.a.O., Peter Lang, S. 150-164.
- Eisen, Roland (2000), Partial Privatization of Social Security: The Chilean Model – A Lesson to Follow?, Center for Financial Studies, No. 2000/13 in: <http://www.ifk-cfs.de>.
- Engelen-Kefer, Ursula (2002): Mobilisierung für Gesundheit. In: Die Krankenversicherung, Jg. 54, Heft 7/8, S. 207-210.
- Enthoven, Alain C. (1978): "Consumer Choice Health Plan" (in two parts), New England Journal of Medicine 298 (March) 23 and 30, pp. 650-58 and 709-20.
- Enthoven, Alain C. and Kronick, Richard (1989): "A Consumer-Choice Health Plan for the 1990s," (in two parts), New England Journal of Medicine, Vol. 320, No. 1 and 2, pp. 29-37 and 94-101.
- Erbe, Susanne (2000): Kostenexplosion im Gesundheitswesen? In Wirtschaftsdienst Nr. 5, S. 308-311.
- Eucken, Walter (1990): Grundsätze der Wirtschaftspolitik, Tübingen, S. 254–304.
- Europäisches Observatorium für Gesundheitssysteme (2000): Gesundheitssysteme im Wandel: Deutschland, Mimeo.
- Fasshauer, St. (2001), Grundfragen der Finanzierung der Alterssicherung: Umlageverfahren vs. Kapitaldeckungsverfahren, Deutsche Renten Versicherung 10-11, 631-645.
- Fehr, Hans (1999), Privatization of Public Pensions in Germany: Who Gains and How Much?, Jahrbücher für Nationalökonomie und Statistik 218, 674-694.
- Felder, Stefan (1999): Neue Konzepte für die Selbstbeteiligung in Deutschland. In: Vogel, Hans Rüdiger und Häßner, Konrad (Hrsg.): Selbstbeteiligung im deutschen Gesundheitswesen. Stuttgart: Georg-Thieme-Verlag, S. 67-74.

- Fetzer, Stefan und Raffelhüschen, Bernd (2002): Zur Wiederbelebung des Generationenvertrags in der gesetzlichen Krankenversicherung: Die Freiburger Agenda. Diskussionsbeiträge des Institut für Finanzwissenschaft der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg im Breisgau Nr. 103/02.
- Flörke, Dietmar (1998): Das Einnahmeproblem der GKV - dringender Handlungsbedarf in einem brachliegenden Feld der Gesundheitspolitik. In: IKK Bundesverband (Hrsg.): Die Krankenversicherung, Jg. 50, Heft 11, S.348-354.
- Flörke, Dietmar (2000): Bruttowertschöpfungsabgabe in der GKV: Realistisches Zukunftsmodell oder verstaubtes Schreckgespenst ? In: Die Krankenversicherung, Jg. 52, Heft 6, S. 162-167.
- Frick, Joachim R. und Grabka, Markus M. (2003a): Missing Income Data in the German SOEP: Incidence, Imputation and its Impact on the Income distribution, Berlin, DIW Discussion Paper No. 376.
- Frick, Joachim R. und Grabka, Markus M. (2003b): Imputed Rent and Income Inequality: A decomposition analysis for Great Britain, West Germany and the USA. In: Review of Income and wealth, forthcoming.
- Fritsch, M.; Wein, Th.; Ewers, H.J. (2001), Marktversagen und Wirtschaftspolitik, 3. Auflage, München, Franz Vahlen.
- Gabler (2002): Wirtschafts-Lexikon 14.Aufl., Wiesbaden: Gabler.
- Galler, H.P. und Wagner, G. (1981): „Das Mikrosimulationsmodell“. In: Krupp, H-J. et al. (Hg.): Alternativen der Rentenreform '84, Frankfurt/Main u.a.O., S. 237-275.
- Galler, H.P. (1990): „Microsimulation of Tax-Transfer Systems“. In: Brunner, J.K. et al.(Hg.): Prospects and Limits of Simulation Models in Tax and Transfer Policy, Frankfurt/Main und New York, S. 279-300.
- Gerlinger, Thomas (2003): Gesundheitsreform in der Schweiz – ein Modell für die Reform der Gesetzlichen Krankenversicherung? In: Jahrbuch für kritische Medizin, Jg. 38, S. 10-30.
- Geser, Guido (1995): Die Schweizer Krankenversicherer im Zeichen von Managed Care. In: Arbeit und Sozialpolitik, Heft 9-10, S. 27-36.
- Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (GVG) (1998): Gesundheitswesen zwischen Kostendämpfung und Wachstumsbranche. Informationsdienst ID Nr. 264, Juni 1998.
- Gesprächskreis Arbeit und Soziales (2002): Reform für die Zukunft : Eckpunkte einer neuen Gesundheitspolitik, vorgelegt zur Tagung der Friedrich-Ebert-Stiftung, Gesprächskreis Arbeit und Soziales, "Gesundheitssysteme im Internationalen Vergleich" am 11. April 2002 in Berlin. Wirtschafts- und Sozialpolitischen Forschungs- und Beratungszentrum der Friedrich-Ebert-Stiftung (Hrsg.). Bonn.
- Giddens, Anthony (1999): Der dritte Weg. Die Erneuerung der sozialen Demokratie. 2. Aufl., Frankfurt a.M., Suhrkamp Verlag.
- Giersch, H.(1960): Allgemeine Wirtschaftspolitik, 1. Bd.: Grundlagen. Wiesbaden.
- Glaeske, Gerd; Lauterbach, Karl W.; Rürup, Bert und Wasem, Jürgen (2001): Weichenstellungen für die Zukunft - Elemente einer neuen Gesundheitspolitik. Paper vorgelegt zur Tagung der Friedrich-Ebert-Stiftung, Gesprächskreis "Mittel- und langfristige Gestaltung des deutschen Gesundheitswesens" am 5.12.2001 in Berlin.
- Grabka, Markus und Otto, Birgit (2001): Angleichung der Markteinkommen privater Haushalte zwischen Ost- und Westdeutschland nicht in Sicht. In: DIW Wochenbericht Nr. 4/01, S. 51-56.
- Grabka, Markus M. (2001): EUROMOD Country Report Germany. University of Cambridge <http://www.econ.cam.ac.uk/dae/mu/country/crge901.pdf> .
- Grabka, Markus M. (2002): Detailanalysen zum Gutachten "Wirtschaftliche Aspekte der Märkte für Gesundheitsleistungen". Unveröffentlichtes Gutachten für den BKK Bundesverband.
- Grabka, Markus M. und Kirner, Ellen (2002): Einkommen von Haushalten mit Kindern: Finanzielle Förderung auf erste Lebensjahre konzentrieren. Wochenbericht des DIW Berlin Nr. 32/02, S. 527-536.
- Grabka, Markus M.; Andersen, Hanfried H.; Henke, Klaus-Dirk; Borchardt, Katja (2002): Kapitaldeckung in der Gesetzlichen Krankenversicherung: Zur Berechnung der finanziellen Auswirkungen eines Umstiegs vom Umlage- auf das Kapitaldeckungssystem. Berlin, DIW Diskussionspapier Nr. 275.
- Grabka, Markus M.; Frick, Joachim R.; Meinhardt, Volker; Schupp, Jürgen (2003a): Ältere Menschen in Deutschland: Einkommenssituation und ihr möglicher Beitrag zur Finanzierung der gesetzlichen Rentenversicherung. In: Wochenbericht des DIW Berlin, Nr. 12/03, S. 190-195.
- Grabka, Markus M.; Andersen, Hanfried; Henke, Klaus-Dirk; Borchardt, Katja (2003b): Kapitaldeckung für die GKV? Zur Berechnung der finanziellen Auswirkungen eines Umstiegs vom Umlage- auf das Kapitaldeckungssystem. In: Schmollers Jahrbuch, Jg. 123, Heft 2, S. 265-283.
- Grabka, Markus M. and Frick, Joachim R.; (2003): Imputation of Item-Non-Response on Income Questions in the SOEP 1984–2002. DIW Research Note No. 29, Berlin October 2003.



- Graf von Stillfried, Dominik (1994): Die Ausgabenentwicklung für medizinische Versorgung im Alter: Solidarität oder Eigenverantwortung? In: Arbeit und Sozialpolitik, Heft 3-4, S. 62-68.
- Greiner, Wolfgang und Schulenburg, J.-M. Graf v.d. (1996): Leitlinien für eine Systemkorrektur in der Pflegeversicherung. In: Horst Siebert (Hg.): Sozialpolitik auf dem Prüfstand. Leitlinien für Reformen. Tübingen, J.C.B. Mohr, S. 111-147.
- Greß, Stefan (2000): Der Nachbar als Herausforderung ? Zur Vorbildfunktion des niederländischen Modells. In: ZeS Arbeitspapier Nr. 1/2000, Bremen.
- Griesewell, Gunnar (1994): Markt oder Staat - Wettbewerb oder Dirigismus? Zur Psychopathologie der ordnungspolitischen Diskussion im Gesundheitswesen. In: Arbeit und Sozialpolitik, heft1-2, S. 28-41.
- Hamburger Abendblatt (2003): Reiche Rentner - Mißfelder legt noch mal nach. ... und die Grünen schlagen die Abschaffung der Pflegeversicherung vor. Freitag, 8. August 2003 (<http://www.abendblatt.de/daten/2003/08/07/194348.html>).
- Harding, Ann (Ed.)(1996): Microsimulation And Public Policy. Volume 232 of *Contributions to Economic Analysis*. Elsevier North Holland, Amsterdam u.a.O.
- Hartmann, N. (1992), Berechnung der Wohnungsmieten in den Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnungen, Wirtschaft und Statistik, Bd. 2, S. 65-72.
- Hauser, Richard (1999): Personelle Primär- und Sekundärverteilung der Einkommen unter dem Einfluß sich ändernder wirtschaftlicher und sozialpolitischer Rahmenbedingungen - eine empirische Analyse auf der Basis der Einkommens- und Verbrauchsstichproben 1973-1993. Erscheint in: Allgemeines Statistisches Archiv.
- Helberger, Christof und Rathjen, Dirk (1998): Wie groß ist das demographische Risiko einer kapitalgedeckten Alterssicherung ? Diskussionspapiere der TU-Berlin, Nr. 14.
- Helmert U., Bammann K., Voges W., Müller R. (Hrsg.) (2000): Müssen Arme früher sterben? Soziale Ungleichheit und Gesundheit in Deutschland. Juventa Verlag, Weinheim und München.
- Hemmer, E. und Schröder, Ch. (2000): Entwicklung der Lohnnebenkosten. In: IW Trends 2/ 2000 Jg. 27.
- Henke, Klaus-Dirk (1991): Alternativen zur Weiterentwicklung der Sicherung im Krankheitsfall. In: Hansmeyer, Karl-Heinrich (Hg.): Finanzierungsprobleme der sozialen Sicherung II. Berlin: Duncker & Humblot, S. 117-175.
- Henke, Klaus-Dirk (1997): Sozialgebundener Wettbewerb als neuer Ordnungsrahmen im Gesundheitswesen. In: Arbeitskreis Evangelischer Unternehmer in Deutschland e.V. (Hrsg.): Die soziale Marktwirtschaft als Wirtschafts- und Werteordnung. Köln, Deutscher Instituts Verlag, S. 171-194.
- Henke, Klaus-Dirk (1999): Gesundheitswesen. In: Wilhelm Korff et al. (Hrsg.): Handbuch der Wirtschaftsethik. Band 4, Ausgewählte Handlungsfelder. Gütersloher Verlagshaus, S. 249-289.
- Henke, K.-D. (2001), Prioritätensetzung im Gesundheitswesen durch ordnungspolitische Erneuerung? Krankenversicherungspflicht für alle und individuelle Wahlfreiheit, in Albring, M. / Wille, E. (Hrsg.), Qualitätsorientierte Vergütungssysteme in der ambulanten und stationären Behandlung, Frankfurt am Main, Berlin u.a.O., S. 37-49.
- Henke, Klaus-Dirk (2001): Kapitalbildung, auch im Gesundheitswesen. Auf dem Wege zu einer ordnungspolitischen Erneuerung der Krankenversicherung, Diskussionspapier zu Staat und Wirtschaft des Europäischen Zentrums für Staatswissenschaften und Staatspraxis, Nr. 30, Berlin.
- Henke, Klaus-Dirk; Grabka, Markus M.; Borchardt, Katja (2002): Kapitaldeckung, auch im Gesundheitswesen ? Auf dem Wege zu einer ordnungspolitischen Erneuerung der Krankenversicherung. In: Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften (Journal of Public Health) Heft 3, S. 196-210.
- Herder-Dorneich, Philipp (1982): Der Wohlfahrtsstaat in der Rationalitätenfalle. Grundfragen der sozialen Steuerung, Stuttgart u.a.
- Hirte, Georg (2001), Pension Policies for an Aging Society, Tübingen.
- Hof, Bernd (2001): Auswirkungen und Konsequenzen der demographischen Entwicklung für die gesetzliche Krankenversicherung und Pflegeversicherung. PKV-Dokumentation Nr. 24.
- Hof, Bernd (2001): Zum Transferbedarf eines Systemwechsels vom Umlage- auf das Anwartschaftsdeckungsverfahren in der Krankenversicherung. Gutachten im Auftrag des PKV-Verbandes. Köln, Mimeo.
- Hof, Bernd (2002): Zum Transferbedarf eines Systemwechsels vom Umlage- auf das Anwartschaftsdeckungsverfahren in der Krankenversicherung. Gutachten im Auftrag des PKV-Verbandes. Köln.
- Holst, Elke und Schupp, Jürgen (2000): Förderung von Teilzeitarbeit durch gesetzlichen Rechtsanspruch - Reform oder Hindernis für mehr Beschäftigung? In DIW Wochenbericht Nr. 49/00, S. 825-832.
- Homburg, Stefan (2000): Allgemeine Steuerlehre, 2. Auflage, Vahlen, München.
- IKK (2002): [http://www.ikk.de/ikk/generator/IKK/Die\\_20IKK/Die\\_20IKK-Gemeinschaft/Der\\_20Aufbau\\_20des\\_20IKK-Systems,templateId=articlePage.jsp.html](http://www.ikk.de/ikk/generator/IKK/Die_20IKK/Die_20IKK-Gemeinschaft/Der_20Aufbau_20des_20IKK-Systems,templateId=articlePage.jsp.html) vom 12.3.2002.

- Illich, Ivan (1995): Die Nemesis der Medizin. München: C. H. Beck Verlag, 4., überarbeitete und ergänzte Auflage.
- Infratest Burke Sozialforschung (1999): Anlagenband zum Methodenbericht im Befragungsjahr 1999, IV Nachschlageregister in alphabetischer Reihenfolge für Fachausdrücke im Fragebogen.
- Institut für Gesundheits-System-Forschung Kiel (IGSF) (2002): Private Absicherung von Unfällen. Pressemitteilung vom 2.9.2002
- Jacobs, Klaus (1996): Krankenkassenwettbewerb und neue Vertragsmodelle. In: Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (Hg.): Zukunft des Sozialstaats. Perspektiven für das Gesundheitswesen im Sozialstaat, S. 25-129.
- Jacobs, Klaus; Reschke, Peter; Bohm, Steffen (1996): Notwendigkeit und Möglichkeiten eines Umbaus der Finanzierung in der gesetzlichen Krankenversicherung. Konzeptionelle und empirische Analysen in wettbewerblicher Perspektive, Berlin.
- Jacobs, Klaus und Schröder, Wilhelm F. (1993): Von der Poliklinik zum Gesundheitszentrum. IN: Arbeit und Sozialpolitik, Heft 7-8, S. 26-30.
- Jacobs, Klaus (2000): Gesundheitsreform: Keine Pause in der 2. Halbzeit. In: Arbeit und Sozialpolitik, Heft 11/12, S. 10-15.
- Jacobs, Klaus; Langer, Bernhard; Pfaff, Anita B.; Pfaff, Martin (2003): Bürgerversicherung versus Kopfpauschale. Alternative Finanzierungsgrundlagen für die Gesetzliche Krankenversicherung. Wirtschafts- und sozialpolitisches Forschungs- und Beratungszentrum der Friedrich-Ebert-Stiftung. Abteilung Arbeit und Sozialpolitik, Bonn, November 2003.
- Kaltenborn, Bruno (2000): "Arbeitsmarkteffekte von Reformvorschlägen für die Sozialhilfe". In: Büchel, F.; Diwald, M.; Krause, P.; Mertens, A. und Solga, H. (Hrsg.): Zwischen drinnen und draußen. Arbeitsmarktchancen und soziale Ausgrenzung in Deutschland. Leske und Budrich, April 2000, Opladen, S. 213-222.
- Kasella, T. und Spahn, P.B. (1990): Zur Reform der Familienbesteuerung: Die steuerliche Förderung von Ehe und Familie unter Verteilungsaspekten. Sfb 3 Arbeitspapier Nr. 314, Frankfurt/Main und Mannheim.
- Kassenärztliche Vereinigung Nordbaden (2002): Der Staat wird zum teuersten Patienten der gesetzlichen Krankenversicherung. Aus Mitteln der Krankenkassen werden sozialpolitische Neuregelungen und Wohltaten mitfinanziert. In Forum, Nr. 1/2002, S. 26.
- Kessler, D. and A. Masson (1989): Bequest and Wealth Accumulation: Are Some Pieces of the Puzzle Missing. In: Journal of Economic Perspectives, 3, 141-152.
- Kiefer, Gernot (1999): Strukturreform 2000: Die Chance für einen Politikwechsel nicht verspielen. In: IKK Bundesverband (Hg.): Die Krankenversicherung. 51. Jg., April, S.106-109.
- Kifmann, Mathias (2000): The Premium Risk Problem in Health Insurance. In: Schmollers Jahrbuch - Zeitschrift für Wirtschafts- und Sozialwissenschaften Vol. 120(4), S. 567-586.
- Kifmann, Mathias (2002): Die Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung durch Kopfbeiträge aus verfassungsökonomischer Sicht. Beitrag für das Symposium "Gesundheitsökonomische Grundlagen für die Gesundheitspolitik" der Hans-Böckler-Stiftung in Kooperation mit dem DIW Berlin am 20. und 21. Juni 2002 in Potsdam.
- Klose, Joachim und Schellschmidt, Henner (2001): Finanzierung und Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung. Einnahmen- und ausgabenbezogene Gestaltungsvorschläge im Überblick. Bonn, WidO.
- Knappe, Eckhard; Günter Neubauer, Thomas Seeger, Kevin Sullivan (2000): Die Bedeutung von Medizinprodukten im Deutschen Gesundheitswesen. Bundesverband Medizintechnologie e.V., Berlin.
- Knappe, Eckhard und Hörter, Stefan (2001): Notwendige Reformschritte in der Gesetzlichen Krankenversicherung. In: Zeitschrift für Wirtschaftspolitik, Jg. 50(3), S.311-322.
- Knappe, Eckhard und Arnold, Robert (2002): Pauschalprämie in der Krankenversicherung. Ein Weg zu mehr Effizienz und mehr Gerechtigkeit. Vereinigung der Bayerischen Wirtschaft e.V. (vbw), München.
- Knappe, Eckhard und Hörter, Stefan (2002): Effiziente Versorgung, präferenzgerechte Versicherung und gerechte Lastenverteilung in der Krankenversicherung. In: Zeitschrift für Wirtschaftspolitik, Jg. 51(1), S.3-27.
- Knieps, Franz (1997): Die gesetzliche Krankenversicherung im Spannungsfeld von Gesundheitspolitik und Wettbewerb - Koordinierung und Konkurrenz im deutschen Gesundheitswesen. In: Arbeit und Sozialpolitik, Heft 11-12, S. 58-63.
- Knieps, Franz (1998): Die Finanzierung und Steuerung der solidarischen Gesundheitssicherung - zur Stabilisierung und Weiterentwicklung der Gesetzlichen Krankenversicherung. In: Knoche, Monika und Hungeling, Germanus (Hg.): Soziale und ökologische Gesundheitspolitik. Frankfurt/M., Mabuse Verlag, S. 221-228.

- Knoche, Monika (1998): Bündnisgrüne Gesundheitspolitik - eine Einschätzung und Bilanz nach drei Jahren im Bundestag. In: Knoche, Monika und Hungeling, Germanus (Hrsg.): Soziale und ökologische Gesundheitspolitik. Frankfurt/M., Mabuse Verlag, S. 13-38.
- König, Wolfgang; Malin, Eva-Maria; Schmidt, Elke Maria (1998): Beitragsrückzahlung in der gesetzlichen Krankenversicherung : Ergebnisse der Erprobung (§ 65 SGB V) bei Betriebskrankenkassen zwischen 1989 und 1994. Baden-Baden : Nomos.
- Krämer, Walter (1989): Die Krankheit des Gesundheitswesens. Die Fortschrittsfalle der Medizin. Frankfurt/Main: Fischer.
- Krause, Peter und Wagner, Gert (1997): Einkommens-Reichtum und Einkommens-Armut in Deutschland. Ergebnisse des Sozio-oekonomischen Panels. In: Huster, Ernst-Ulrich (Hrsg.): Reichtum in Deutschland. Die Gewinner in der sozialen Polarisierung. Frankfurt a.M./New York: Campus, S. 65-88.
- Krauskopf, Dieter (1998): Einführung. In: SGB V. Gesetzliche Krankenversicherung. 7. überarbeitete Aufl., S. IX - XXIII.
- Kreft, Michael (2002): Praxisnetze: Zeit für Professionalisierung. In: Deutsches Ärzteblatt 99, Ausgabe 11 vom 15.03.02, Seite 11-13.
- Krupp, H.-J. (1997), Ist das Kapitaldeckungsverfahren in der Alterssicherung dem Umlageverfahren überlegen ? WSI Mitteilungen 50(5), 289-298.
- Kühn, Hagen (1994): Wettbewerb im Gesundheitswesen: Zur Rationalität der Reformdebatte: In: Jahrbuch für kritische Medizin, Bd. 22, S. 7-28.
- Kühn, Hagen (1995): „Privat oder Kasse?“ Zu einigen Folgen des Wachstums der privaten Krankenversicherung. In: Isenberg, Thomas und Malzahn, Jürgen (Hg.): Wieviel Krankheit können Sie sich noch leisten? Frankfurt/M. Verlag für Akademische Schriften, S. 170-180.
- Kühn, Hagen (1996): Kritische Anmerkungen zur globalen Fixierung des Beitragssatzes in der gesetzlichen Krankenversicherung. In: Behrens, Johann et al. (Hg.): Gesundheitssystementwicklung in den USA und Deutschland. Baden-Baden, Nomos, S. 81-88.
- Kühn, Hagen (1997): Managed Care. Medizin zwischen kommerzieller Bürokratie und integrierter Versorgung. Am Beispiel USA. Berlin, WZB Diskussionspapier Nr. P 97-202.
- Kühn, Hagen (1998): Ergebnisorientierung versus Wettbewerb in der medizinischen Versorgung. In: Knoche, Monika und Hungeling, Germanus (Hg.): Soziale und ökologische Gesundheitspolitik. Frankfurt/M., Mabuse Verlag, S. 208-220.
- Kühn, Hagen (2001): Finanzierbarkeit der gesetzlichen Krankenversicherung und das Instrument der Budgetierung. Berlin, WZB Diskussionspapier Nr. P01-204.
- Lakdawalla, Darius; Bhattacharya, Jay; Goldman, Dana (2001): Are the young becoming more disabled? NBER Working paper Series No. 8247.
- Lampert, Heinz (1990): Notwendigkeit, Aufgaben und Grundzüge einer Theorie der Sozialpolitik. In: Thiemeyer, Th. (Hg.): Theoretische Grundlagen der Sozialpolitik, Schriften des Vereins für Sozialpolitik, N.F., Band 193, Berlin, S. 9 - 71.
- Lamping, Wolfram (1994): Finanzierungsstrukturen, Verteilungskonflikte und politische Gestaltung der GKV. In: Blanke, Bernhard (Hrsg.): Krankheit und Gemeinwohl. Gesundheitspolitik zwischen Staat, Sozialversicherung und Medizin, Opladen, Leske und Budrich, S. 245-289.
- Langer, Bernhard, Axel Olaf Kern, Bianka Martolock, Anita B. Pfaff (2002): Vergleich der Vergütungen zahnärztlicher Leistungen in der vertragszahnärztlichen Versorgung und im Standardtarif der PKV. Gutachten im Auftrag des PKV Verbandes.
- Lauterbach, Karl W. (2001): Disease Management Programme in Deutschland. Voraussetzungen, Rahmenbedingungen, Faktoren zur Entwicklung, Implementierung und Evaluation. Gutachten im Auftrag des Verbandes der Angestellten-Krankenkassen e.V. (VdAK) und des Arbeiter-Ersatzkassen-Verbandes e.V. (AEV).
- Leidl, R. (2001): Konvergenz der Gesundheitssysteme in der Europäischen Union. In: Gesundheitsökonomie und Qualitätsmanagement, 6, S. 44-53.
- Leyendecker, Wolfgang (1995): Möglichkeiten und Grenzen einer Rationalisierung im Gesundheitswesen. In: Giehl, Hermann und Oberender, Peter (Hg.): Gesundheitswesen zwischen Rationalisierung und Rationierung. Bayreuth, Verlag P.C.O., S. 25-37.
- Little, R.J.A. and Rubin D.B. (1987) Statistical Analysis with Missing Data, John Wiley & Sons: New York.
- Little, R.J.A. (1988) Missing-data adjustments in large surveys, Journal of Business & Economic Statistics, 6(3) , pp. 287-296.
- Little, Roderick J.A. and Su, Hong-Lin (1989): Item Non-Response in Panel Surveys. In: Kasprzyk, D., Duncan, G., Kalton, G. & Singh, M. P. (eds.): Panel Surveys. John Wiley, New York: p. 400-425
- Lüttinger, Paul und Riede, Thomas (1997): Der Mikrozensus. Amtliche Daten für die Sozialforschung. In: ZUMA - Nachrichten, 41, Jg. 21, November, S. 19-43.

- Lutz, Peter F. und Schneider, Ulrike (1998): Der soziale Ausgleich in der gesetzlichen Krankenversicherung. In: Jahrbücher für Nationalökonomie und Statistik Bd. 217(6), S. 718-740.
- Mackenzie, G.A.; Gerson, P.; Cuevas, A. (1997), Pension Regimes and Savings, IMF Occasional Paper No. 153, Washington D.C.
- Maier-Rigaud, Gerhard (2001): Zur Emanzipation der Gesundheitspolitik vom Lohnnebenkostendiktat - Arbeitgeberbeitrag und Bruttolohn. In: Elemente einer Neuordnung des Gesundheitswesens in Deutschland: Symposium, Akademie der Wissenschaften und der Literatur am 13. November 2001 in Raunheim. Internationale Gesellschaft für Gesundheitsökonomie e.V., Hrsg. von Hans Rüdiger Vogel und Konrad Häßner, S. 3-13. ([www.iask.de/papers/gesund.pdf](http://www.iask.de/papers/gesund.pdf) vom 6.8.2002).
- May, Uwe (2002): Beitragssatzstabilität ohne Rationierung ? In: Sozialer Fortschritt, Jg. 51, Heft 3, S. 54-58.
- Meinhardt, V., Kirner, E., Grabka, M., Lohmann, U. und Schulz, E. (2002): Finanzielle Konsequenzen eines universellen Systems der gesetzlichen Alterssicherung. Düsseldorf, Hans Böckler Stiftung.
- Miegel, Meinhard und Wahl, Stefanie (1999): Solidarische Grundsicherung – Private Vorsorge: Der Weg aus der Rentenkrise, München u.a.
- Mielck Andreas (2000): Soziale Ungleichheit und Gesundheit: Empirische Ergebnisse, Erklärungsansätze, Interventionsmöglichkeiten. Verlag Hans Huber, Bern/Göttingen/Toronto/Seattle.
- Miles, D. und Timmermann, A. (1999), Costing Pension Reform, Economics Policy 29, S. 289-320.
- Mincer, Jacob (1958): Investment In Human Capital and the Personal Income Distribution. In: Journal of Political Economy, Vol. 66. pp. 281-302.
- Möschel, Wernhard (2000): Das Gesundheitswesen in der Wettbewerbsordnung- Der Vorschlag der Monopolkommission. In: Zeitschrift für Sozialreform, Heft 4 April, S. 364 -375.
- Monopolkommission 1998: Marktöffnung umfassend verwirklichen. Bundestagsdrucksache Nr. 13/11291, 13/11392 und 14/1274).
- Moormann, Thomas (1999): Rationierung im Deutschen Gesundheitswesen? Entwicklung, Status Quo und Perspektiven. Stuttgart, Ibidem-Verlag.
- Müller, Joachim und Schneider, Werner (1997): Mitgliederbewegungen und Beitragssätze in Zeiten des Kassenwettbewerbs. Ein erster empirischer Befund nach Inkrafttreten der Wahlfreiheit. In: Arbeit und Sozialpolitik, Heft 3-4, S. 11-24.
- Müller, J. (1999): Das niederländische Gesundheitssystem - Modell für Deutschland ? In: Arbeit und Sozialpolitik, Heft 11-12, S. 20-32.
- Müller, Martin; Lohmar, Frank; Sartor, Henning (2003): Konzept zur Finanzierung des Gesundheitswesens. Mimeo. (<http://www.sanierungskonzept-gesundheitswesen.de/Konzept%20zur%20Finanzierung%20des%20Gesundheitswesens.doc>).
- Neumann, M.J.M. (1998), Ein Reformvorschlag zur gesetzlichen Rentenversicherung, Wirtschaftsdienst 5, 259-264.
- Newhouse, Joseph P. and the Insurance Experiment Group (1996): Free for All? Lessons from the Rand Health Insurance Experiment. Cambridge, Harvard University Press.
- Nink, K., Schröder, H. und Selke, G. W. (2001): Der Arzneimittelmarkt in der Bundesrepublik Deutschland: In: Schwabe, Ulrich und Paffrath, Dieter (Hrsg.), Arzneiverordnungs-Report 2001, Springer, Berlin und Heidelberg, S. 791-845.
- o.V. (1998): 12 bis 13 Mrd. DM Zuzahlungen in 1998 erwartet. In: Die Krankenversicherung, 50. Jg., Heft 11, S.361.
- o.V. (1999): Primärarzt senkt Kosten. In: Gesundheit und Gesellschaft, Heft 8, S. 7.
- o.V. (2001): In: „Die Krankenversicherung“, September 2001 S. 262.
- o.V. (2002): Sozialhilfeempfänger in die Solidargemeinschaft – ist das sozial? In: Ärztezeitung vom 26/27.7.2002, S. 3.
- o.V. (2002a): Kassen leben kräftig auf Kredit. GKV kämpft mit elf Milliarden Euro Schulden. In: Ärzte Zeitung vom 11.12.2002.
- o.V. (2002b): Deutschland: Immer mehr arbeiten schwarz. In: NETZEITUNG.DE vom 23. Januar 2002, 13.38h <http://www.netzeitung.de/servlets/page?section=6&item=175728> .
- Oaxaca, R. (1973): Sex Discrimination in Wages. In: Ashenfelter, O. and Rees, A. (Eds.): Discrimination in Labor Markets, Princeton, NJ: Princeton University Press, 124-151.
- Oberdieck, Veit (1998): Beitragssatzexplosion in der gesetzlichen Krankenversicherung ? Demographische und medizintechnische Determinanten der Beitragssatzdynamik und ihre reformpolitischen Implikationen. Hamburg: S+W Steuer- und Wirtschaftsverlag (Duisburger Volkswirtschaftliche Schriften; Bd. 26).
- Oberender, Peter und Fibelkorn-Bechert, Andrea (1998): Krankenversicherung. In: Knappe, Eckhard und Berthold, Norbert (Hg.): Ökonomische Theorie der Sozialpolitik. Heidelberg, Physica, S. 90-123.

- Oberender, Peter (1999): Chancen und Grenzen des Wettbewerbs im Gesundheitswesen aus ökonomischer Sicht. In: Eberhard Wille (Hrsg.): Zur Rolle des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung. Baden-Baden, Nomos Verlags Gesellschaft, S.77-86.
- Oberender, Peter und Zerth, Jürgen (2003): Prävention braucht Motivation. Vortrag beim Verband der Krankenversicherten Deutschlands e.V. (VKVD) am 13. Januar 2003 in Berlin.
- OECD (1994): The OECD Jobs Study, Evidence and explanations, Part II: The adjustment potential of labour market, Paris.
- OECD (2003): OECD Health Data 2003: a comparative analysis of 30 countries. Table 1: Growth of expenditure on health, 1990-2001. <http://www.oecd.org/dataoecd/10/20/2789777.pdf> vom 18.12.2003
- Offermann, Volker (1999): Die "Neue Mitte" und der Wohlfahrtsstaat. In: Sozialer Fortschritt, Heft 11, S. 275-280.
- Orcutt, Guy H. (1957): A new type of socio-economic system. In: Review of Economics and Statistics, 39, pp. 773-797.
- Orcutt, G., M. Greenberg, J. Korbel and A. Rivlin (1961): Microanalysis of Socioeconomic Systems: A Simulation Study, New York, Harper and Row.
- Osterkamp, Rigmar (2001): Das deutsche Gesundheitswesen im internationalen Vergleich: Bewertung und Reformalternativen. In: IFO Schnelldienst, 54. Jg., Nr. 10, S. 9-16.
- Osterkamp, Rigmar (2003): German Public Health Insurance: Higher Co-Payments and Everybody Is Better off - the Case for Differentiated Co-Payment Rates. In: Ifo discussion papers, No. 79.
- Ostertag, Adi (2000): Konservative Verunsicherung und ungehemmter Populismus. In: Soziale Sicherheit, Nr.5, S. 154-158.
- Pauly, Mark V. (1974): Overinsurance and Public Provision of Insurance: The Role of Moral Hazards and Adverse Selection. In: Quarterly Journal of Economics, Vol. 88(1):p. 44-62.
- Peters, Thomas Alexander (2002): Defensivmedizin durch Boom der Arztstrafverfahren? In: Medizinrecht, Heft 5, S. 227-231.
- Pfaff, A.B.; Busch, S.; Rindsfüßer, C. (1992): Kostendämpfung in der gesetzlichen Krankenversicherung: Mikrosimulationsergebnisse für das Jahr 1991, INIFES, Stadtbergen.
- Pfaff, Anita; Rindsfüßer, Christian; Busch, Susanne (1996): Die Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung - Möglichkeiten zur Umgestaltung und Ergebnisse ausgewählter Modellrechnungen. Endbericht an die Hans-Böckler-Stiftung, Bd. 110, Düsseldorf.
- Pfaff, Anita A.; Rindsfüßer, Christian; Busch, Susanne (1996): Die Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung - Möglichkeiten zur Umgestaltung und Ergebnisse ausgewählter Modellrechnungen. Endbericht für die Hans-Böckler-Stiftung. Stadtbergen.
- Pfaff, A.B. (1999): Veränderte Erwerbsbiographien und ihre Auswirkungen auf die Sozialpolitik. In: Schmähl, W.; Rische, H. (Hrsg.): Wandel der Arbeitswelt - Folgerungen für die Sozialpolitik, Baden-Baden, S. 31-60.
- Pfaff, Martin (1995): Funktionsfähiger Wettbewerb innerhalb und zwischen den gesetzlichen und privaten Krankenkassen: Einige Anmerkungen zur laufenden Diskussion. In: Arbeit und Sozialpolitik, Heft 9-10, S. 12-20.
- Pfaff, Martin und Busch, Susanne (1997): Kostenerstattung, Beitragsrückerstattung, erhöhte Selbstbeteiligung. In: Arbeit und Sozialpolitik, Heft 11-12, S. 19-24.
- Pfaff, Martin; Busch, Susanne (1999): Szenarien zur Anhebung der Versicherungspflicht und Beitragsbemessungsgrenze der gesetzlichen Krankenversicherung. In: Wille E. und Albrind, M. (Hg.): Szenarien im Gesundheitswesen in der kommenden Legislaturperiode, Frankfurt/Main, im erscheinen.
- Pfaff, Anita B.; Pfaff, Martin; Kern, Susanne; Langer, Bernhard (2003): Kopfpauschalen zur Finanzierung der Krankenversicherungsleistungen in Deutschland. Institut für Volkswirtschaftslehre Universität Augsburg. Volkswirtschaftliche Diskussionsreihe, Nr. 246, Juni.
- Pimpertz, Jochen (2001): Marktwirtschaftliche Ordnung der sozialen Krankenversicherung. Köln, Institut für Wirtschaftspolitik..
- PKV (Verband der Privaten Krankenversicherung) (1998a): Die private Krankenversicherung im Jahre 1998 Rechenschaftsbericht. Köln.
- PKV (Verband der Privaten Krankenversicherung) (1998b): Die Private Krankenversicherung. Zahlenbericht 1997/98, Köln.
- PKV (Verband der Privaten Krankenversicherung) (2000): Der Standardtarif. Nach der Rechtslage ab dem 1. Juli 2000, Köln.
- PKV (Verband der Privaten Krankenversicherung) (2001): Die private Krankenversicherung im Jahre 2001. Rechenschaftsbericht 2001/2002. Köln.
- PKV (Verband der Privaten Krankenversicherung) (2002a): Der private Krankenversicherungsschutz im Sozialrecht. Stand: 1. 8. 2002. Köln.
- PKV (Verband der Privaten Krankenversicherung) (2002b): Zahlenbericht 2001/2002. Köln.

- PKV (Verband der Privaten Krankenversicherung) (2003): Zukunftsprobleme nur bei wachsendem Gewicht der PKV lösbar. In: PKV Publik. Informationen des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V. Nr. 3, S. 26.
- Postler, Andreas (2003): Modellrechnungen zur Beitragssatzentwicklung in der Gesetzlichen Krankenversicherung: Auswirkungen von demographischem Fortschritt und medizinisch-technischen Fortschritt. Diskussionsbeiträge der Fakultät für Wirtschaftswissenschaft der Universität Duisburg-Essen, Standort Duisburg, Nr. 298.
- Projektgruppe Panel (1995): Das Sozio-ökonomische Panel (SOEP) im Jahre 1994. In: Vierteljahrshefte zur Wirtschaftsforschung, Jg. 64, Heft 1, S. 1-15.
- Rässler, Susanne (2000): Ergänzung fehlender Daten in Umfragen. In: Jahrbücher für Nationalökonomie und Statistik, 220/1, S. 64-94.
- Raffelhüsch, B. (2000), Aging and Intergenerational Equity: From PAYGO to Funded Pension Systems, in: H.-G. Petersen / Gallagher, P. (Ed.), Tax and Transfer Reform in Australia and Germany, Australia Center Series, Vol 3 Berliner Debatte Wissenschaftsverlag, p. 263-284.
- Rau, Ferdinand (1993): Auf dem Prüfstand: Ausgaben für Rettungsdienste. Neue Fakten zur Effizienzsteigerung. In: Arbeit und Sozialpolitik Heft 11/12, S.17-25.
- Rawls, John: Eine Theorie der Gerechtigkeit. Übersetzung von Hermann Vetter. 7. Auflage. Frankfurt am Main: Suhrkamp, 1993.
- Rebscher, Herbert und Walzik, Eva (1998): Finanzierungsoptionen aus Sicht der Ersatzkassen. In: Wille, E. und Albring, M. (Hrsg.): Reformoptionen im Gesundheitswesen. Frankfurt/M. u.a.O., Peter Lang, S. 40-59.
- Reformkommission Soziale Marktwirtschaft (1999): Effiziente Krankenversicherung als Voraussetzung für ein hohes Leistungsniveau im Gesundheitswesen. Bertelsmann Stiftung, Heinz-Nixdorf-Stiftung, Ludwig-Erhard-Stiftung. Mimeo.
- Reiners, Hartmut (1998): Die Poliklinik als Modellfall der Brandenburger Weg. In: Knoche, Monika und Hungeling, Germanus (Hg.): Soziale und ökologische Gesundheitspolitik. Frankfurt/M., Mabuse Verlag, S. 264-278.
- Reitz, Jeffrey G.; Frick, Joachim R.; Calabrese, Tony and Wagner, Gert G. (1999): The institutional framework of ethnic employment disadvantage: a comparison of Germany and Canada. In: Journal of Ethnic and Migration Studies, Vol. 25(3), p. 397-443.
- Ribhegge, Hermann (2002): Zur Effizienz und Gerechtigkeit alternativer Arrangements der Sozialen Sicherung – Beiträge versus Steuern. In: Jahrbuch für Wirtschaftswissenschaften, Vol. 53, S. 290-314.
- Rohweder, Jan Philipp (1996): Nachfrage nach Krankenversicherung. Herausgegeben von Albrecht, P. und Lorenz, E. Veröffentlichungsreihe des Instituts für Versicherungswissenschaft der Universität Mannheim, Bd. 49. Karlsruhe VVW.
- Rolf, Gabriele; Spahn, P. Bernd; Wagner, Gert (1988): Wirtschaftstheoretische und sozialpolitische Fundierung staatlicher Versicherungs- und Umverteilungspolitik. In: Rolf, Gabriele; Spahn, P. Bernd; Wagner, Gert (Hrsg.): Sozialvertrag und Sicherung. Zur ökonomischen Theorie staatlicher Versicherungs- und Umverteilungssysteme. Frankfurt/Main, New York, Campus, S. 13-42.
- Rosenbrock, Rolf (1994): Die Gesetzliche Krankenversicherung am Scheideweg. Modernisierung oder Entsorgung solidarischer Wettbewerbspolitik? In: Jahrbuch für Kritische Medizin, Bd. 23, S. 189-205.
- Rosenbrock, Rolf (1995): Die Gesetzliche Krankenversicherung am Scheideweg. Modernisierung oder Entsorgung solidarischer Gesundheitspolitik? In: Isenberg, Thomas und Malzahn, Jürgen (Hg.): Wieviel Krankheit können Sie sich noch leisten? Frankfurt/M. Verlag für Akademische Schriften, S. 15-26.
- Rosenbrock, Rolf (1999), Versorgungsqualität - Solidarität – Wirtschaftlichkeit. Anforderungen an eine Strukturreform der Gesetzlichen Krankenversicherung, WZB Diskussionspapier Nr. P99-205, Berlin.
- Rosenbrock, Rolf (2001): Von der GKV zur Gesundheitsversicherung. Beitrag zum Symposium: "Zukunftsmarkt Gesundheit" des Bundesministeriums für Wirtschaft und Technologie sowie des Bundesministeriums für Gesundheit am 6.12.2001 in Berlin.
- Rürup-Kommission (2003): Beschluss der Arbeitsgruppe „Krankenversicherung“ der Kommission für die Nachhaltigkeit in der Finanzierung der Sozialen Sicherungssysteme. Berlin 9. April 2003, ([http://www.arbeitnehmerkammer.de/sozialpolitik/doku/1\\_politik/sv\\_ruerup\\_2003\\_04\\_09\\_lauru\\_ewa.pdf](http://www.arbeitnehmerkammer.de/sozialpolitik/doku/1_politik/sv_ruerup_2003_04_09_lauru_ewa.pdf)).
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (SVRKAiG) (1994): Gesundheitsversorgung und Krankenversicherung 2000. Eigenverantwortung, Subsidiarität und Solidarität bei sich ändernden Rahmenbedingungen. Sachstandsbericht 1994. Nomos, Baden-Baden.
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (SVRKAiG) (1995): Gesundheitsversorgung und Krankenversicherung 2000. Mehr Ergebnisorientierung, mehr Qualität und mehr

- Wirtschaftlichkeit. Kurzfassung und Empfehlungen, Sondergutachten 1995, Nomos, Baden-Baden.
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (SVRKAiG) (1996): Gesundheitswesen in Deutschland. Kostenfaktor und Zukunftsbranche. Bd. I: Demographie, Morbidität, Wirtschaftlichkeitsreserven und Beschäftigung, Sondergutachten 1996, Nomos, Baden-Baden.
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (SVRKAiG) (1998): Gesundheitswesen in Deutschland. Kostenfaktor und Zukunftsbranche. Bd. II: Fortschritt, Wachstumsmärkte, Finanzierung und Vergütung, Sondergutachten 1997, Nomos, Baden-Baden
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (SVRKAiG) (2002a): Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Jahresgutachten 2000/2001, Kurzfassung Bd. 1 und 2, Nomos, Baden-Baden.
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (SVRKAiG) (2002b): Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit - Band I bis III: Zur Steigerung von Effizienz und Effektivität der Arzneimittelversorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), Baden-Baden, Nomos.
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (SVRKAiG) (2003a): Finanzierung, Nutzerorientierung und Qualität Bd. I: Finanzierung und Nutzerorientierung und Bd. II: Qualität und Versorgungsstrukturen, Jahresgutachten 2003, Nomos, Baden-Baden.
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (SVRKAiG) (2003b): Finanzierung, Nutzerorientierung und Qualität. Band I Finanzierung und Nutzerorientierung. Band II Qualität und Versorgungsstrukturen. Gutachten 2003. Kurzfassung.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (SVR) (1992). Für Wachstumsorientierung - Gegen lähmenden Verteilungsstreit. Jahresgutachten 1992/93: Stuttgart, Metzler-Poeschel.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (SVR) (1995). Im Standortwettbewerb. Jahresgutachten 1995/96: Stuttgart, Metzler-Poeschel.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (SVR) (1996). Reformen voranbringen, Jahresgutachten 1996/97: Stuttgart, Metzler-Poeschel.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (SVR) (1997): Wachstum, Beschäftigung, Währungsunion - Orientierungen für die Zukunft. Jahresgutachten 1997/98. Stuttgart, Metzler-Poeschel.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (SVR) (1998): Vor weitreichenden Entscheidungen. Jahresgutachten 1998/99. Stuttgart, Metzler-Poeschel.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (SVR) (1999): Wirtschaftspolitik unter Reformdruck. Jahresgutachten 1999/2000, Stuttgart, Metzler-Poeschel.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (SVR) (2000): Chancen auf einen höheren Wachstumspfad. Jahresgutachten 2000/01. Stuttgart, Metzler-Poeschel.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (SVR) (2002): Zwanzig Punkte für Beschäftigung und Wachstum. Jahresgutachten 2002/2003, Stuttgart, Metzler-Poeschel.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (SVR) (2003): Staatsfinanzen konsolidieren – Steuersystem reformieren. Jahresgutachten 2003/2004, November ([http://www.sachverstaendigenrat-wirtschaft.de/gutacht/03\\_ges.pdf](http://www.sachverstaendigenrat-wirtschaft.de/gutacht/03_ges.pdf)).
- Sauerland, Dirk (1999): Zur Notwendigkeit einer anreizorientierten Gesundheitspolitik. In: Zeitschrift für Wirtschaftspolitik, 48(3), S. 265-294.
- Schadendorf, Felix (1998): Trennung von Krankenversicherung und Verteilungspolitik. In Wirtschaftsdienst, XII, S. 728-735.
- Schleswig-Holsteinisches Ärzteblatt (2002): Krankenversicherung für Sozialhilfeempfänger. Ausgabe 09/2002, Seite 19.
- Schmähl, Winfried, 2002: Die Bedeutung des demographischen Wandels für das deutsche Gesundheitssystem. In: Das Parlament, Nr. 19-20, 10./17. Mai 2002, S. 14.
- Schmeink, Wolfgang (1996): Wettbewerb als Ordnungsprinzip für eine leistungsfähige Krankenversicherung. In: Wirtschaftsdienst, IX, S. 452-455.
- Schmid, Günther (1986): Steuer- oder Beitragsfinanzierung der Arbeitsmarktpolitik ? In: Wirtschaftsdienst III, S. 141-147.
- Schmidt, Elke Maria und Malin, Eva-Maria (1996): Beitragsrückzahlung in der GKV. Überlegungen zu Effekten einer Erprobungsregelung und erste empirische Ergebnisse. In: Behrens, Johann et al. (Hrsg.): Gesundheitssystementwicklung in den USA und Deutschland. Baden-Baden, Nomos, S. 143-162.
- Schneider M, Beckmann M, Biene-Dietrich P, Gabanyi M, Hofmann U, Köse A, Mill, D, Späth B. (1998): Gesundheitssysteme im internationalen Vergleich. Übersichten 1997. Laufende Berichterstattung zu ausländischen Gesundheitssystemen. BASYS Augsburg:

- Schneider, F. (1999): Ist Schwarzarbeit ein Volkssport geworden ? Ein internationaler Vergleich des Ausmaßes der Schwarzarbeit von 1970-1997. In: S. Lamnek und J. Luedtke (Hrsg.): Der Sozialstaat zwischen Markt und Hedonismus. Leske & Budrich, Opladen, S. 293-318.)
- Schneider, M. und Dennerlein, R. (1981): Der Einsatz der Mikrosimulation zur Auswertung der Prozeßdaten der gesetzlichen Krankenversicherung. Beratungsgesellschaft für angewandte Systemforschung mbH (BASYS), Augsburg.
- Scholz, Rupert; Meyer, Ulrich; Beutelmann, Josef 2001: Zu den Wechseloptionen in der PKV. Verband der Privaten Krankenversicherung. Köln, PKV Dokumentation Nr. 25.
- Schönbach, Karl-Heinz (1994): Perspektiven funktionalen Wettbewerbs in der GKV. In: Arbeit und Sozialpolitik, Heft 1-2, S. 19-27.
- Schönbäck, Wilfried (1988): Subjektive Unsicherheit als Gegenstand staatlicher Intervention. In: Rolf, Gabriele; Spahn, P. Bernd; Wagner, Gert (Hrsg.): Sozialvertrag und Sicherung. Zur ökonomischen Theorie staatlicher Versicherungs- und Umverteilungssysteme. Frankfurt/Main, New York, Campus, S. 13-42.
- Schulenburg, Johannes-Matthias Graf von der (1987), Selbstbeteiligung: Theoretische und empirische Konzepte für die Analyse ihrer Allokations- und Verteilungswirkungen, Mohr, Tübingen.
- Schulenburg, Johannes-Matthias Graf von der (1988): Zur Verlässlichkeit von Versicherungsregelungen bei langen Zeiträumen. Eine ökonomische Analyse am Beispiel der Gesetzlichen Krankenversicherung. In: Rolf, Gabriele; Spahn, P. Bernd; Wagner, Gert (Hrsg.): Sozialvertrag und Sicherung. Zur ökonomischen Theorie staatlicher Versicherungs- und Umverteilungssysteme. Frankfurt/Main, New York, Campus, S. 453-463.
- Schulenburg, J.-M. Graf v.d. (1992): Weiterentwicklung des gegliederten Krankenversicherungssystems durch eine Organisationsreform, Verband der privaten Krankenversicherung e.V., PKV-Dokumentation 15, Köln.
- Schupp, Jürgen (2001): Wandel zur Dienstleistungs- und Informationsgesellschaft fördert Ausweitung der Sonntagsarbeit. In: DIW-Wochenbericht Nr. 27/01.
- Schröder, Wilhelm F., Sehlen, Stefanie, Hofmann, Jürgen (2004): Integration von privat Krankenversicherten. Mögliche Beitragseffekte und Regelungen zu Alterungsrückstellungen. In: Soziale Sicherheit 1, S. 6-12.
- Schröpler J.-P. (2002): Respondent Behavior in Panel Studies - A Case Study for Income-Nonresponse by means of the German Socio-Economic Panel (GSOEP). In DIW-Discussion Paper, No. 299.
- Schwarze, Johannes und Wagner, Gert G. (1990): Präferenzforschung für meritatorische Güter - Das Beispiel der Altersvorsorge in der Bundesrepublik Deutschland. In: Jahrbücher für Nationalökonomie und Statistik, (207), S. 464-481.
- Schwarze, Johannes (1995): Simulating German Income and Social Security Tax Payments Using The GSOEP. Cross-National Studie in Aging. Programm Project Paper No. 19. All-University Gerontology Center Maxwell School of Citizenship and Public Affairs, Syracuse University, New York.
- Schwartz, Friedrich Wilhelm und Busse, Reinhard (1994), Das Wachstum in der Medizin - Mythen und Fakten. Zur aktuellen gesundheitspolitischen Fragestellung in Deutschland. In: Arbeit und Sozialpolitik 9-10, S. 10-17.
- Schwartz, Friedrich Wilhelm und Busse, Reinhard (1997): Fixed Budgets in Ambulatory Care Sector: the German Experience. In: Schwartz, F.W. et al. (Ed.): Fixing Health budgets: Experience from Europe and North America. Wiley & Sons, Chichester u.o., S. 93-108.
- Schwartz, Friedrich Wilhelm, Walter, Ulla (1998): Gesundheitsförderung und Prävention. In: Schwartz, F.W.; Badura, B.; Leidl, R.; Raspe, H. und Siegrist, J. (Hrsg.): Das Public Health Buch. München: Urban & Schwarzenberg, S. 141-170.
- Schwartz, Friedrich Wilhelm und Jung, Karl (2000): Vorüberlegungen für mittelfristige Reformschritte in der Gesetzlichen Krankenversicherung. In: Sozialer Fortschritt, Heft 4, S. 70-75.
- Seehofer, Horst (2003): Gedanken zur Weiterentwicklung der Gesetzlichen Krankenversicherung. In: Die Krankenversicherung, 55. Jg., Heft 4, S. 100-103.
- Sodan, Helge (2003): Das Interview. Die Gesetzliche Krankenversicherung sollte auf die sozial Schutzbedürftigen begrenzt werden. In: PKV Publik Nr.7, S. 76-77.
- SOEP Group (2001): The German Socio-Economic Panel (GSOEP) after more than 15 years - Overview. In: Elke Holst, Dr. Dean R. Lillard und Thomas A. DiPrete (Hg.): Proceedings of the 2000 Fourth International Conference of German Socio-Economic Panel Study Users (GSOEP2000), Vierteljahrshefte zur Wirtschaftsforschung, Jg. 70, Nr. 1, S. 7-14.
- Sommer, Jürg H. (1999): Gesundheitssysteme zwischen Plan und Markt. Stuttgart, Schatthauer.
- Sozialenquete-Kommission (1967): Die soziale Sicherung in der Bundesrepublik Deutschland. In: Bericht der Sozialenquete-Kommission, Stuttgart u.a.O.
- Spahn, P.B.; Galler, H.P.; Kaiser, H.; Kassella, Th. und Merz, J. (1992): Mikrosimulation in der Steuerpolitik. Heidelberg, Physica-Verlag.



- SPD Bundestagsfraktion (1999), Politik für Arbeitnehmer/ -innen und mehr Beschäftigung. Herausgegeben von der SPD-Bundestagsfraktion, Susanne Kastner MdB.
- Spieß, Martin and Goebel, Jan (2003): A comparison of different imputation strategies with respect to income related questions. Paper presented on the Chintex final conference "Harmonisation of Surveys and Data Quality", Wiesbaden, 26 and 27 May 2003.
- Spieß, Martin and Pannenberg, Markus (2003): Documentation of Sample Sizes and Panel Attrition in the German Socio Economic Panel (GSOEP) (1984 until 2002). In: DIW Research Notes No. 28.
- Stegmüller, Klaus (1996): Wettbewerb im Gesundheitswesen. Konzeptionen zur "dritten Reformstufe" der gesetzlichen Krankenversicherung. Frankfurt/M. VAS.
- Statistisches Bundesamt (1998): Gesundheitsberichterstattung des Bundes. ([www.gbe-bund.de](http://www.gbe-bund.de)).
- Statistisches Bundesamt (1999): Statistisches Jahrbuch 1999, Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (2000): Bevölkerungsentwicklung Deutschlands bis zum Jahre 2050. Ergebnisse der 9. koordinierten Bevölkerungsvorausrechnung. Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (2001): Pressemitteilung vom 19.4.2001.  
<http://www.destatis.de/presse/deutsch/pm2001/p1441031.htm>.
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2001): Statistisches Jahrbuch 2001 für die Bundesrepublik Deutschland. Stuttgart, Metzler&Poeschel.
- Statistisches Bundesamt (2001), Basisdaten - Statistische Grundzahlen. Kassenmäßige Steuereinnahmen, (<http://www.statistik-bund.de/basis/d/fist/fist01.htm>).
- Statistisches Bundesamt (2002): Erwerbstätigkeit. (<http://www.destatis.de/basis/d/erwerb/erwerbtat1.htm> vom 13.8.2002.)
- Statistisches Bundesamt (2002): Sozialhilfeempfänger 2001: Unverändert im Westen, Anstieg im Osten. Pressemitteilung vom 21. August 2002.  
<http://www.destatis.de/presse/deutsch/pm2002/p2900081.htm> vom 16.7.2003.
- Statistisches Bundesamt (2003a): Nettoeinkommen je Privathaushalt bei 32 000 Euro. Pressemitteilung vom 7. August 2003 (<http://www.destatis.de/presse/deutsch/pm2003/p3120121.htm> vom 7.8.2003).
- Statistisches Bundesamt (2003b): Erwerbstätigkeit verliert für den Lebensunterhalt an Bedeutung. Pressemitteilung vom 14. Oktober 2003.  
<http://www.destatis.de/presse/deutsch/pm2003/p4170031.htm> vom 14.10.2003.
- Statistisches Bundesamt (2003c): Gesundheit. Ausgaben und Personal 2001. Wiesbaden, April 2003.
- Steffen, Johannes (2003): Sozialpolitische Chronik. Die wesentlichen Änderungen in der Arbeitslosen-, Renten-, Kranken- und Pflegeversicherung sowie bei der Sozialhilfe (HLU) - von den siebziger Jahren bis heute. Bremen. Stand: Januar 2003.  
<http://www.arbeitnehmerkammer.de/sozialpolitik/>.
- Stiftung Marktwirtschaft (2002): Mehr Eigenverantwortung und Wettbewerb im Gesundheitswesen. Schriftenreihe: Band 39 S.86-87.
- Townsend, Peter; Davidsen, Nick; Whitehead, Margaret (Eds.) (1990): Inequalities in health: the black report. The health divide. London : Penguin Books.
- Ullrich, C.G. (1999): Reziprozität und die soziale Akzeptanz des „Sozialversicherungsstaates“. In: Soziale Welt, 50. Jg., Heft 1/1999, 7 - 34.
- Ulrich, Volker (2003): Demographische Effekte auf Ausgaben und Beitragssatz der GKV. Universität Bayreuth. Rechts- und Wirtschaftswissenschaftliche Fakultät. Wirtschaftswissenschaftliche Diskussionspapiere Nr. 09-02, Juni.
- Unabhängige Expertenkommission (1996): Gutachten der unabhängigen Expertenkommission zur Untersuchung der Problematik steigender Beiträge der privat Krankenversicherten im Alter. Bundestagsdrucksache 13/4945.
- UPI (Umwelt- und Prognose-Institut e.V.) (1998): Kostenumschichtung im Gesundheitswesen durch Anwendung des Verursacherprinzips. Vorschläge für eine Finanzreform im Gesundheitswesen. UPI-Bericht Nr. 46, 2.Aufl.
- VdAK (Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V.) (2001): Ausgewählte Basisdaten des Gesundheitswesens. Siegburg.
- VdAK (Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V.) (2001), Risikostrukturausgleich, Zahlen, Fakten, Hintergründe, 2. Auflage, Siegburg.
- Verband der Rentenversicherungsträger (VDR) (1998), VDR Aktuell 1998: Stellungnahme des Geschäftsführers des Verbandes Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR), Prof. Dr. F. Ruland.
- Verband der Rentenversicherungsträger (VDR) (2001), Verband der Rentenversicherungsträger. Faustdaten zur Rentenversicherung.
- Verband der Rentenversicherungsträger (VDR) (2003): Statistik - Zeitreihen Rente. [www.vdr.de](http://www.vdr.de) vom 16.7.2003.
- Verband der Rentenversicherungsträger (VDR) (2003): Rechnungsergebnisse.

- Vereinte Krankenversicherung (2001), Demografieresistente Krankenversicherungsfinanzierung durch Kapitaldeckung. Pressemitteilung vom 6.3.2001, ([http://www.vereinte.de/unter/new/presse/c\\_TK\\_3aa4a507\\_2bdd0\\_Aktuell.html](http://www.vereinte.de/unter/new/presse/c_TK_3aa4a507_2bdd0_Aktuell.html)).
- Wagner, Gert (1984): Umverteilung in der gesetzlichen Rentenversicherung. Frankfurt/M., New York, Campus.
- Wagner, Gert (1998): Zentrale Aufgaben beim Um- und Ausbau der Gefahrenvorsorge - Ein Versuch die Vertragstheorie sowie die Theorie des Markt- und Staatsversagens für die Sozialpolitik nutzbar zu machen, in: R. Hauser (Hg.), Reform des Sozialstaats II - Theoretische, institutionelle und empirische Aspekte, Berlin, S. 11-51
- Wagner, G.; Meinhardt, V.; Leinert, J.; Kirner, E. (1998), Kapitaldeckung: Kein Wundermittel für die Altersvorsorge, DIW Wochenbericht Nr. 46/98, Berlin, Seite: 833-840.
- Wagner, Gert (2000): Perspektiven der Alterssicherung. In: Hauser, Richard (Hg.): Die Zukunft des Sozialstaats. Berlin, Duncker und Humblodt, S. 113-166.
- Wagner, Gert (2003): Pro und Contra – Kopfprämien anstelle paritätischer Finanzierung. In: Die Ersatzkasse, Nr. 3, S. 94.
- Wagstaff, A. und Van Doorslaer, E. (1993): Equity in Health Care: concepts and definitions, In: Van Doorslaer, E.; Wagstaff, A.; Rutten, F. (Eds): Equity in the finance and delivery of health care: an international Perspective. Oxford, New York, Tokyo: Oxford University Press, p. 7-19.
- Walter, Ulla (2003): Wahrnehmung und Umsetzung rechtlicher Bestimmungen zur Prävention in Deutschland. Expertise aus sozialmedizinischer Sicht im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung. Hannover April 2003.
- Wasem, Jürgen (1996): Private Krankenversicherung und ältere Versicherte. In: Oberender, Peter (Hrsg.): Alter und Gesundheit. Baden-Baden, Nomos Verlagsgesellschaft, S. 129-165.
- Webber, Douglas (1988): Krankheit, Geld und Politik: Zur Geschichte der Gesundheitsreformen in Deutschland. In: Leviathan, Heft 2, S. 156-203.
- Webber, Douglas (1989): Zur Geschichte der Gesundheitsreformen in Deutschland - Teil II: Norbert Blüms Gesundheitsreform und die Lobby. In: Leviathan, Heft 2, S. 262-300.
- Wellisch, Dietmar (1999): Finanzwissenschaft II – Theorie der Besteuerung, Vahlen, München.
- Wenzel, Dorothea (1999): Finanzierung des Gesundheitswesens und Interpersonelle Umverteilung. Mikrosimulationsuntersuchung der Einkommenswirkung von Reformvorschlägen zur GKV-Finanzierung. Frankfurt/M. u.a. Peter Lang.
- Werblow, Andreas (2002): Alles nur Selektion? Der Einfluss von Selbstbehalten in der Gesetzlichen Krankenversicherung. In: Vierteljahrshefte zur Wirtschaftsforschung Vol. 71 (4), S. 427-436.
- Werblow, Andreas und Felder, Stefan (2003): Der Einfluss von freiwilligen Selbstbehalten in der gesetzlichen Krankenversicherung: Evidenz aus der Schweiz. In: Schmollers Jahrbuch Jg. 123(2), S. 235-264.
- WIdO (Wissenschaftliches Institut der AOK) (2001): [http://www.wido.de/Aktuelles/Presse\\_versapo\\_0601.pdf](http://www.wido.de/Aktuelles/Presse_versapo_0601.pdf) in Breyer et al. (2001): S. 156.
- Wille, Eberhard (1998a): Zukünftige finanzielle Absicherung des Krankheitsrisikos. In: Arbeit und Sozialpolitik, Heft 1-2, S. 16-27.
- Wille, Eberhard (1998b): Resümee: Stabilisierung der gesetzlichen Krankenversicherung mit Hilfe adaptiver Reformen. In: Wille, E. und Albring, M. (Hrsg.): Reformoptionen im Gesundheitswesen. Frankfurt/M. u.a.O., Peter Lang, S. 241-261.
- Wille, Eberhard (1999a): Auswirkungen des Wettbewerbs auf die gesetzliche Krankenversicherung. In: Wille, E. (Hrsg.): Zur Rolle des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung. Baden-Baden, Nomos, S. 95-156.
- Wille, Eberhard (1999b): Mögliche Auswirkungen der Europäischen Währungsunion auf die Sozial-, insbesondere auf die gesetzliche Krankenversicherung. In: PKV-Verband (Hg.): Perspektiven der PKV in Europa, S. 79-99.
- Wille, Eberhard (2000), GKV: Reformbedarf bei der Beitragsgestaltung, Wirtschaftsdienst 5, S. 263-265.
- Wille, Eberhard und Albring, Manfred (Hrsg.) (2000): Rationalisierungsreserven im Deutschen Gesundheitswesen. Bad Orber Gespräche über kontroverse Themen im Gesundheitswesen 4. - 6.11.1999. Frankfurt am Main, u.a.O., Lang.
- Wille, Eberhard (2002): Reformoptionen der Beitragsgestaltung in der gesetzlichen Krankenversicherung. In: Beilage der Zeitschrift Gesundheit und Gesellschaft, 2. Jg., Nr. 3, S. 7-14.
- Williams, Alan (1983): Equity in Health Care: the role of Ideology. In: Van Doorslaer, E.; Wagstaff, A.; Rutten, F. (Eds.): Equity in the Finance and Delivery of Health Care. An international Perspective. Oxford, New York, Tokyo, Oxford University Press, p. 287-298.
- Winkelhake, Olaf und John, Jürgen (1999): Umverteilungseffekte durch Reformen der Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung. In: Jahrbücher für Nationalökonomie und Statistik Vol. 218 (1+2), S. 197-214.

- Winkelhake, Olaf und John, Jürgen (2000): Probleme der Einführung von Wahlтарifen, Beitragsrückerstattungs- und Selbstbehaltstarifen in die Gesetzliche Krankenversicherung. In: Sozialer Fortschritt, Heft 4, S. 75-85.
- Winkelhake, Olaf; Miegel, Ulrich; Thormeier, Klaus (2002): Die personelle Verteilung von Leistungsausgaben in der Gesetzlichen Krankenversicherung 1998 und 1999. In: Sozialer Fortschritt, Jg. 51, Heft 3, S. 58-61.
- Wissenschaftlicher Beirat (1998), Grundlegende Reformen der gesetzlichen Rentenversicherung, Wissenschaftlicher Beirat beim Bundesministerium für Wirtschaft, Bonn.
- Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO) (2001): Versandapotheke – eine preiswerte Alternative: 2 Mrd. DM Einsparung möglich. Presse Information des Wido, Bonn, 11. Juni 2001. ([http://www.wido.de/Aktuelles/Presse\\_versapo\\_0601.pdf](http://www.wido.de/Aktuelles/Presse_versapo_0601.pdf).)
- www.g-k-v.com (2002): Wo stecken die größten Wirtschaftlichkeitsreserven? (<http://www.g-k-v.com/faqgesundsystem.html#wielaesstsich> vom 18.2.2002.
- Zifonun, Natalie (2002): Gesundheitsausgaben 1992 bis 2000. In: Wirtschaft und Statistik, Nr. 7, S. 596-602.
- Zimmermann, Klaus Friedrich (2001): "Eine halbe Million neue Jobs". Der Wirtschaftswissenschaftler Klaus Zimmermann über Lohnsubventionen als Chance im Bündnis für Arbeit. In: Berliner Zeitung vom 08.12.2001. ([http://www.BerlinOnline.de/wissen/berliner\\_zeitung/archiv/2001/1208/wirtschaft/0026/index.html](http://www.BerlinOnline.de/wissen/berliner_zeitung/archiv/2001/1208/wirtschaft/0026/index.html) vom 18.10.2002).
- Zweifel, Peter; Bonato, Dario; Zaborowski, Christoph (1996): Soziale Sicherung von morgen. Ein Vorschlag für die Schweiz. Bern, Stuttgart, Wien: Verlag Paul Haupt.
- Zweifel, Peter und Breuer, Michael (2002): Weiterentwicklung des deutschen Gesundheitssystems. Gutachten im Auftrag des Verbands forschender Arzneimittelhersteller e.V. (VFA).
- Zweifel, P., Felder, S.; Meiers, M. (1999): Ageing of Population and Health Care Expenditure: A Red Herring?, Health Economics, 8, 485-496.